

Klinik für Urologie

Patienteninformation Radikale Prostatektomie

Lieber Patient,

bei Ihnen wurde durch eine Biopsie eine Prostatakrebs-Erkrankung festgestellt.

Viele Fragen hat sicher schon Ihre Urologin bzw. Ihr Urologe beantwortet.
Eine Therapieoption ist die operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie)
Details zur Operation besprechen wir gerne mit Ihnen und Ihren Angehörigen in unserer
Chefarztsprechstunde.

In Vorbereitung auf dieses Gespräch erhalten Sie die folgenden Erläuterungen.
Bitte bringen Sie zum Gespräch die ausgefüllten angefügten Fragebögen mit.

Mit den besten Grüßen

Christian Klopff und Steffen Weikert
Chefarzte

Vivantes Prostatazentrum Berlin

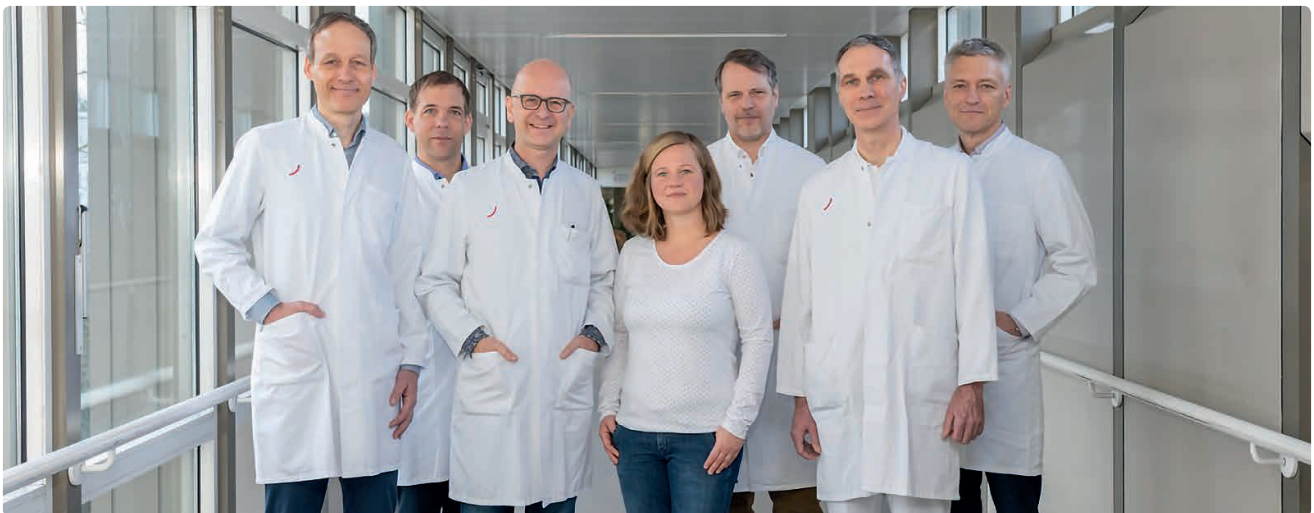
Vivantes Humboldt-Klinikum

Am Nordgraben 2

13509 Berlin

www.vivantes.de/huk/urologie

Tel. +49 30 130 12 1290



Vor der Operation

Bestimmte Medikamente sollten vor Ihrer Operation abgesetzt werden.

- Blutverdünnungstabletten, sog. Thrombocytenaggregationshemmer müssen abgesetzt werden:
 - Clopidogrel (Plavix, Iscover) 7 Tage vorher
 - Ticlopidin (Tyklid) 10 Tage vorher
 - Acetylsalicylsäure (Aspirin, ASS, Godamed, HerzASS, Aggrenox u.a) sollte 5 Tage vor der Operation abgesetzt werden. Bei bestimmten Herzerkrankungen (Z. n. Stenose oder Herzinfarkt) ist gegebenenfalls auch eine Operation mit Weiterführung der Einnahme dieser Medikamente erforderlich. Bitte fragen Sie beim Aufnahmegespräch nach!
- Neue orale Antikoagulantien (NOAK): z.B. Xarelto, Pradaxa u.ä. müssen 48 Stunden vor der Operation abgesetzt werden, d. h. Sie dürfen diese Medikamente zwei Tage vor der Operation noch morgens einnehmen und müssen dann eine Pause einhalten.
- Cumarinderivate: Marcumar, Falithrom 14 Tage vor der Operation (der Quick-Wert soll >50% sein) und Umstellung auf „Heparinspritzen“. Bitte fragen Sie zuvor Ihren Hausarzt!

Vorstationäre Untersuchungen

Kommen Sie bitte zum verabredeten Termin (meistens eine Woche vor der Operation) in die zentrale Aufnahme im Erdgeschoss des Hauptgebäudes. Sie werden dort zunächst administrativ aufgenommen. Anschließend werden Sie vom urologischen Aufnahmearzt untersucht und es erfolgt eine Blutabnahme. In Vorbereitung auf die Operation sprechen Sie außerdem mit dem Narkosearzt. Der gesamte Ablauf der Aufnahme und Aufklärung wird ca. 3 Stunden dauern.

Operation

Bitte melden Sie sich am Vortag Ihrer Operation unter der Telefonnummer 030 130 12 2364, um die Uhrzeit Ihrer Aufnahme zu erfragen.

Am Tag vor der Operation dürfen Sie bis 24 Uhr noch essen.

Das Trinken von Wasser ist bis morgens 6 Uhr erlaubt.

Die Operation dauert ca. 1,5-2,5 Stunden.

Unmittelbar vor der Operation wird das OP-Gebiet rasiert. Diese Rasur sollten Sie **nicht** selbst vornehmen.

Die Operation wird in Vollnarkose durchgeführt. Nach der Operation werden Wundschmerzen durch Medikamente ausgeschaltet. Um eine Schmerzfreiheit zu erreichen, stehen verschiedene Methoden zur Verfügung.

Der Narkosearzt wird die Möglichkeiten der Schmerzausschaltung mit Ihnen vorab besprechen.

Die Operation wird entweder in klassischer offener Technik über einen Bauchschnitt oder als minimal-invasive Roboter-assistierte (sog. DaVinci-Operation) durchgeführt. Welche OP-Technik für Sie geeignet ist, hängt von Ihren Befunden ab. Die Operationstechnik wird Ihr Operateur mit Ihnen gemeinsam in einem ausführlichen Gespräch vereinbaren.

Die offene (sog. retropubische) Operation erfolgt über einen kleinen Bauchschnitt (10cm) vom Schambein bis etwas unterhalb des Nabels. Wir wenden bei der Operation ein mikrochirurgisches Verfahren an. Dabei wird das Operationsgebiet mit Hilfe einer Lupenbrille stark vergrößert, um besonders schonend präparieren zu können.

Die Roboter-assistierte Operation wird über 6 nur wenige Millimeter große Zugänge zum Bauchraum durchgeführt. Der Roboter überträgt dabei die Handbewegungen des Chirurgen präzise auf die Instrumente im Körperinneren. Zusätzlich erleichtert eine 3D-Darstellung mit starker Vergrößerung die Identifikation wichtiger Nervenfasern und Gefäße.

Nerverhalt: Dicht an der Prostata verläuft das Gefäß-Nerven-Bündel, das für die Erektionsfähigkeit (Potenz) verantwortlich ist. Bei bestimmten Ausgangsbefunden ist die nervenschonende Operationsmethode möglich, ohne größere tumorchirurgische Risiken eingehen zu müssen. Zum Erheben eines Ausgangsbefundes vor der Operation ist es deshalb wichtig, dass Sie die Fragebögen (IIEF-5, IPSS) ausgefüllt zum Vorgespräch mitbringen. Höhere Erfolgsquoten werden erreicht, wenn Patienten nach der Operation eine medikamentöse Zusatztherapie (Viagra, Cialis oder Levitra) bekommen oder vorübergehend eine Vacuumpumpe benutzen, um frühzeitig Erektionen hervorzurufen.

Trotz dieser Therapie kann es aber gelegentlich zu einer Schwellkörperatrophie („Verkümmern“) mit einhergehender Penisverkürzung kommen.

Falls bei Ihnen noch Kinderwunsch bestehen sollte, gibt es die Möglichkeit der vorherigen Spermakonservierung (Tiefgefrieren des Samens)

Schnellschnittuntersuchung: Bei potenziellerhaltenden Operationen kann es sinnvoll sein noch während des Eingriffes eine feingewebliche Untersuchung durchzuführen. Ob eine Schnellschnittuntersuchung in Ihrer Situation zu empfehlen ist, klären wir im Vorgespräch.

Blutverlust: Der Blutverlust bei der Operation liegt in der Regel bei 300 ml. Eine Eigenblutspende ist vor der Operation nicht nötig. Lediglich bei unter 1% unserer Patienten ist die Gabe von Blutkonserven erforderlich.

Lymphknotenentfernung: Aufgrund des Einsatzes des PSA-Testes ist das Tumorwachstum nur selten so weit fortgeschritten, dass die Lymphknoten im Becken befallen sind. Eine Entfernung der Lymphknoten ist deshalb bei bestimmten Ausgangsbefunden (PSA <10 ng/ml, Gleason 3+3) nicht erforderlich.

Nach der Operation

Zur besseren Kontrolle der Kreislaufsituation werden Sie ca. eine Stunde im sogenannten Aufwachraum überwacht. Der beste Zeitpunkt für einen Besuch der Angehörigen ist in der Regel nach 17 Uhr. Wenn Sie uns die Handynummer Ihrer Angehörigen vor der Operation angeben, können wir sie auch direkt nach Beendigung der Operation über den Verlauf informieren.

Am Abend dürfen Sie dann wieder trinken und falls Sie Appetit haben, auch schon eine Kleinigkeit zu sich nehmen (Suppe/Joghurt). Falls Sie in den ersten Tagen Probleme mit dem Stuhlgang haben, wenden Sie sich an das Pflegepersonal. Sie erhalten dann ein leichtes Abführmittel.

Aufstehen dürfen Sie spätestens am Tag nach der Operation. Selbstverständlich wird Ihnen dabei zunächst geholfen. Die schnelle Mobilisation fördert die Heilung. Sie werden deshalb angehalten, sich so oft wie möglich auf der Station zu bewegen und werden dabei auch von den Krankengymnasten unterstützt. Die körperliche Bewegung fördert auch eine normale Darmtätigkeit und das zeitgerechte Abführen nach der Operation.

Der Hautverschluss erfolgt mit einer sich selbst auflösenden Naht, so dass die Fäden nicht gezogen werden müssen.

Ab dem dritten Tag nach Operation ist ein Wundverband nicht mehr erforderlich und Sie dürfen duschen.

Nach der Operation dürfen Sie 3 Wochen lang kein Bad nehmen.

Harnröhrennaht und Katheter

Bei der Operation wird die Harnröhre mit der Harnblase durch Nähte verbunden. Wir wenden eine spezielle Nahttechnik an, die eine besonders schnelle Heilung dieser Naht und eine sehr schnelle Entfernung des Katheters ermöglicht. Dennoch muss die Naht nach der Operation durch den Katheter für 7 Tage entlastet werden. Zusätzlich wird bei der offenen Operation eine Wunddrainage eingelegt. Die Wunddrainage wird am ersten Tag gezogen, wenn die Fördermenge geringer als 50 ml/24 h ist. In der Regel bleiben Sie nach der Operation noch für 3 Nächte im Krankenhaus. Die Entlassung erfolgt mit einem Urinbeinbeutel.

In den ersten Tagen nach der Operation ist es völlig normal, dass sich neben dem Blasen Katheter Blut und Wundsekret entleeren, auch der Urin darf dann noch blutig sein. Da Ihre Blase in der ersten Zeit den Katheter als Fremdkörper empfindet, erhalten sie regelmäßig Schmerzmittel.

Für die Katheterentfernung kommen Sie dann eine Woche nach der Operation nochmals zu uns auf die urologische Station 06. Der Urin muss bis dahin klar sein, bei blutigem Urin muss dieser Termin ansonsten verschoben werden.

Anschlussheilbehandlung

Noch während des stationären Aufenthaltes wird eine ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB, Kur) über unseren Sozialdienst angemeldet.

Unsere Partnerkliniken sind:

Müritzklinik Klink
<http://www.mueritz-klinik.de>

Vivantes-Rehabilitation in Berlin-Friedenau
<https://reha.vivantes.de/>

ZAR Berlin Mitte
<http://www.zar-berlin.de/>

Die Kollegen von Sozialdienst beraten Sie zu den verschiedenen Angeboten der Kurkliniken. Die endgültige Entscheidung über die Anschlussheilbehandlung fällt Ihr Kostenträger (Rentenversicherung), wir werden Sie aber bezüglich Ihrer Wünsche unterstützen. Natürlich ist eine AHB nicht zwingend notwendig. Allerdings unterstützt Sie diese bei der Erholung aller Körperfunktionen.

Entlassung

Die Entlassung erfolgt üblicherweise am 3. Tag nach der Operation. Am Entlassungstag können Sie ca. 11 Uhr am Vormittag die Klinik verlassen. Sie sollten sich, wenn möglich, abholen lassen. Bitte fahren Sie nicht selbst mit Ihrem PKW. Das selbständige Steuern eines Kraftfahrzeuges empfehlen wir erst ab ca. dem 7. postoperativen Tag, wenn Sie keine Schmerzmittel mehr benötigen.

Operationsbedingt besteht mindestens bis zu diesem Zeitpunkt eine schmerzhafte Reaktionsverzögerung beim Bremsen. Bei Entlassung erhalten Sie einen vorläufigen Arztbrief. Die bei dem Eingriff entfernte Prostata wird am Institut für Pathologie feingeweblich untersucht. Den endgültigen Befund erhalten wir nach ca. 14 Tagen.

Ihr Urologe erhält den Bericht und wird diesen mit Ihnen besprechen.

Den endgültigen Arztbrief mit dem histologischen Befund und den Empfehlungen zur Nachsorge erhalten Sie per Post.

Nach der Entlassung

Nach der Entlassung sollten Sie sich noch vor Antritt der Anschlussheilbehandlung bei Ihrem Urologen vorstellen. Hier wird noch einmal eine Kontrolle der Wunde erfolgen und notwendige Medikamente/Vorlagen verschrieben. Wir empfehlen ab dem Tag nach der Operation für die kommenden 4 Wochen eine Spritze unter die Haut zur Blutverdünnung (Clexane 0,4). Durch diese Therapie soll das Auftreten einer Thrombose oder Embolie vermieden werden. Das Erlernen des Spritzens wird Ihnen während des Krankenhausaufenthaltes gezeigt. Die Injektion sollte oberhalb der Wunde (Oberbauch oder Oberarm) erfolgen. Eine vorherige Desinfektion ist zu Hause dann nicht mehr erforderlich. Bei Entlassung werden Ihnen einige Spritzen mitgegeben. Sie benötigen dann aber noch ein Rezept für 20 Spritzen von Ihrem Hausarzt bzw. Urologen.

Eine Harninkontinenz besteht nach Katheterentfernung anfangs bei vielen Patienten. Ein Bedarf von mehr als einer Sicherheitsvorlage pro Tag einige Wochen nach der Operation ist aber die große Ausnahme. Bei den meisten Patienten kehrt die vollständige Kontrolle über das Wasserlassen und die Kontinenz in den ersten Wochen nach Operation zurück. Nur in Ausnahmefällen kann dies bis zu mehrere Monate in Anspruch nehmen. Anfangs kann außerdem noch ein gehäufter Harndrang auftreten, den Ihr Urologe aber gut mit einem Medikament behandeln kann.

Die Verbindung zwischen Harnröhre und Harnblase (sog. Anastomose) ist mit spät auflösbaren Fäden genäht. Diese Fäden liegen teilweise innen in der Harnblase. So kann es in seltenen Fällen noch nach Monaten zur Ausscheidung von Fadenresten mit dem Urin kommen. Dies ist ungefährlich und entspricht dem normalen Heilungsverlauf.

Welche Verhaltensregeln sollten Sie noch beachten?

Nach dem Operationstermin sollten Sie schwereres Heben und Tragen (> 5 kg) für 3 Wochen vermeiden. Alle sportlichen Aktivitäten inklusive Radfahren sind bei Beschwerdefreiheit und unauffälliger Wunde nach drei Wochen wieder erlaubt.

Die weitere Nachsorge oder Behandlung ist von der feingeweblichen Untersuchung (dem sog. Histopathologischen Befund) der Prostata abhängig.

- Die bei dem Eingriff entfernte Prostata wird feingeweblich untersucht. Der endgültige Befund liegt uns nach ca. 14 Tagen vor. Gleichzeitig erhält auch Ihr Urologe oder Ihre Urologin das Ergebnis und kann den Befund mit Ihnen besprechen.
- Sie erhalten einen endgültigen Arztbrief mit allen wichtigen Befunden und den Empfehlungen zur weiteren Behandlung und Nachsorge.

- Etwa 8 Wochen nach der Operation wird die erste Kontrolle des PSA-Wertes (PSA = Prostata-spezifisches Antigen) durch Ihren Urologen oder Ihre Urologin vorgenommen; der Wert sollte dann unter 0,1 ng/ml bzw. unter der Nachweisgrenze liegen.
- Kontrollen des PSA-Wertes durch Ihren Urologen oder Ihre Urologin (anfangs alle 3 Monate) sind in den meisten Fällen ausreichend. Der PSA-Wert sollte lebenslang unter der Nachweisgrenze dem sogenannten Nullbereich liegen.
- In der Regel ist nach der Operation keine weitere Behandlung des Prostatakrebses erforderlich.

Eine zusätzliche Strahlentherapie kann notwendig werden, wenn ein hohes Risiko für eine unvollständige Entfernung des Prostatakrebses besteht.

- Eine unvollständige Entfernung des Prostatakrebses kann zu einem Wiederauftreten der Erkrankung führen.
- Ein besonders hohes Risiko besteht, wenn der Pathologe ein Tumorstadium „pT3a R1“ oder „pT3b R1“ feststellt. Das bedeutet, dass die Krebszellen in die Oberfläche des Operationspräparates ragen (R1) und außerdem die Prostata kapsel durchbrochen haben („pT3a“) oder die Samenblasen erreichen (Stadium „pT3b“).
- Bei Patienten mit einem hohen Risiko kann eine zusätzliche Bestrahlung des OP-Gebietes innerhalb von 4 Monaten nach der Operation erwogen werden. Man spricht dann von einer Nachbestrahlung oder adjuvanten Strahlentherapie – vorausgesetzt der PSA-Wert erreicht zuvor den Nullbereich.
- Bei ungefähr der Hälfte der Patienten mit hohem Risiko tritt die Erkrankung auch ohne Strahlentherapie nicht wieder auf.
- Es ist nicht geklärt, ob die Strahlentherapie sofort erfolgen sollte oder ein Anstieg des PSA-Wertes über 0,2 ng/ml abgewartet werden kann. Durch das Abwarten kann man ungefähr der Hälfte der Betroffenen eine Strahlentherapie ersparen.
- Erfolgt die zusätzliche Strahlentherapie erst bei Anstieg des PSA-Wertes (so genanntes biochemisches Rezidiv) spricht man von einer Salvage-Strahlentherapie.
- Die Vor- und Nachteile einer Nachbestrahlung wird Ihr Urologe oder Ihre Urologin mit Ihnen besprechen, wenn bei Ihnen ein erhöhtes Risiko vorliegt.

Nur wenn Hinweise für eine Streuung des Prostatakrebses in Lymphknoten oder andere Organe vorliegen, kann eine weitere Therapie mit Medikamenten notwendig sein.

- Wenn der PSA-Wert nach der Operation nicht in den Nullbereich abfällt, sondern wieder ansteigt, kann das eine Streuung des Prostatakrebses anzeigen.
- In dieser Situation kann eine Hormontherapie notwendig werden. In manchen Fällen ist auch eine Strahlentherapie sinnvoll.
- Um die Therapie besser planen zu können, wird Ihr Urologe oder Ihre Urologin unter Umständen weitere Untersuchungen veranlassen.
- Er bzw. sie wird Sie über Ihre individuelle Situation informieren und Ihnen die Therapiemöglichkeiten erläutern.

Bei Fragen können Sie sich auch an uns wenden!



Bitte ankreuzen!

1. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu behalten?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
sehr gering oder nicht vorhanden	niedrig	mittel-mäßig	groß	sehr groß

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für die Penetration?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Keine sexuelle Stimulation	Fast nie oder nie	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)	Fast immer oder immer

3. Wie oft waren Sie bei Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin/Ihren Partner penetriert hatten (in sie/ihn eingedrungen waren)?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Geschlechts- verkehr nicht versucht	Fast nie oder nie	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)	Fast immer oder immer

4. Wie schwierig war es, beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Geschlechtsverkehr nicht versucht	Äusserst schwierig	Sehr schwierig	schwierig	Ein bisschen schwierig	Nicht schwierig

5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Geschlechts- verkehr nicht versucht	Fast nie oder nie	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)	Fast immer oder immer

Punktzahl:

Wenn Sie 21 Punkte oder weniger erreicht haben, liegen Anzeichen für eine erektile Dysfunktion vor. Wenden Sie sich an Ihren Arzt.

Bitte ankreuzen! Die Angaben beziehen sich auf die letzten 4 Wochen.

1. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?

- (0)
niemals
- (1)
seltener als
in einem von
fünf Fällen
- (2)
seltener als
in der Hälfte
aller Fälle
- (3)
ungefähr in
der Hälfte
aller Fälle
- (4)
in mehr
als der Hälfte
aller Fälle
- (5)
fast immer

2. Wie oft mussten Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?

- (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

3. Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen?

- (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

4. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten das Wasserlassen hinauszuzögern?

- (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

5. Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?

- (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

6. Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?

- (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

7. Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?

- (0)
niemals
- (1)
einmal
- (2)
zweimal
- (3)
dreimal
- (4)
viermal
- (5)
≥ fünfmal

Gesamt-IPSS-Score:

Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Harntraktsymptome

Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen in Ihrem weiteren Leben nicht mehr ändern würden?

- (0)
ausgezeichnet
- (1)
zufrieden
- (2)
überwiegend
zufrieden
- (3)
gemischt, teils
zufrieden, teils
unzufrieden
- (4)
überwiegend
unzufrieden
- (5)
unglücklich
- (6)
sehr schlecht

Lebensqualität Index L:

Bitte ankreuzen!

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- (0) Nie
- (1) Einmal pro Woche oder seltener
- (2) Zwei- bis dreimal pro Woche
- (3) Einmal täglich
- (4) Mehrmals täglich
- (5) Ständig

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- (0) Kein Urinverlust
- (2) Eine geringe Menge
- (4) Eine mittelgroße Menge
- (6) Eine große Menge

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- gar nicht stark

ICIQ-Summen-Score (1+2+3):

Maximale Punktzahl:	21
Keine Inkontinenz	0
Leichte Inkontinenz	1–5
Mäßige Inkontinenz	6–10
Starke Inkontinenz	>10

Beckenbodenkräftigung für den Mann

Der Beckenboden ist eine Muskelplatte, die unser Becken nach unten hin abschließt und vom Steißbein zum Schambein zwischen rechtem und linkem Sitzbeinhöcker verläuft. Sie enthält bei dem Mann zwei Öffnungen: Harnröhre und After. Diese Muskulatur hat die wichtige Aufgabe, die Beckenorgane zu stützen. Sie ist besonders belastet beim Niesen, Husten, Lachen, Springen, Heben sowie körperlich schwerer Arbeit und durch langes Tragen eines Blasenkatheters nach einer Operation.

Ist danach der Beckenboden schwach oder wird er nicht wieder auftrainiert, könnte es Schwierigkeiten beim Halten des Urins geben.

Wenn Sie jetzt mit dem Beckenboden üben, so tun Sie dieses mit dem Anspannen der Muskulatur und Harnröhre und After. Stellen Sie sich vor, Sie müßten ganz nötig auf die Toilette, aber sie ist besetzt ...

Hier sind einige Übungen – zuerst versuchen Sie, den Beckenboden im schnellen Rhythmus anzuspannen und zu lösen.

Sie können jedoch mit dem Beckenboden auch auf andere Weise üben!
Wenden Sie dazu bitte das Blatt.



Trampolinspringen

Angenommen, der Beckenboden wäre wie ein Trampolin im Becken aufgespannt. Nun geben Sie einem imaginären Springer mit Ihrem „Trampolin“ jeweils Schwung nach oben, lassen ihn aber langsam nach unten gleiten.

Wiederholen Sie die Übung möglichst 10mal, wobei der „Springer“ jeweils ein Stück höher geworfen wird.

Taschenlampe

Es gibt Taschenlampen, deren Lichtstrahl so verstellt werden kann, dass er entweder schmal oder breit erscheint. Was wäre, wenn der Beckenboden diese Eigenschaft auch hätte?

- Schmal = Beckenbodenanspannung – vielleicht kann der Lichtstrahl sogar ganz abgeklemmt werden?
Breit = Beckenbodenentspannung

Fahrstuhl

Aufzüge können auf mehreren Etagen anhalten. Stellen Sie sich nun Ihren Beckenboden wie einen Fahrstuhl vor:

- Parterre = Locker, keine Anspannung
4. Etage, ganz oben = Größte Anspannung

Versuchen Sie, die dazwischenliegenden Etagen 1, 2, 3 zu finden. Jetzt können Sie beliebig mit Ihrem „Fahrstuhl“ spielen.

- Kräftigung = In den 4. Stock fahren
Steigerung = Im 4. Stock bleiben

Zählen Sie die Sekunden. Vielleicht können Sie bis 15, 20, 30 zählen? 10mal hintereinander wäre fantastisch.

Alle diese Übungen können im Sitzen, Liegen, Stehen durchgeführt werden. Wichtig ist, dass Sie **oft** daran denken. Beim Telefonieren, Kochen, Einkaufen, an der Bushaltestelle, bei der Arbeit... Vor allem, wenn der Beckenboden noch schwach ist, muss die Spannung bewusst eingesetzt werden bei Tätigkeiten, die einen Druck auf den Beckenboden ausüben. Also erst spannen, dann lachen, heben etc. Geben Sie nicht zu früh auf. Muskulatur ist trainierbar, auch Ihr Beckenboden. MANN muss nur „dranbleiben“. Und ein fester Beckenboden ist für jeden Mann (egal welchen Alters) sehr wichtig...

VIEL ERFOLG!

Ihre Ansprechpartner



**Prof. Dr. med.
Steffen Weikert**
Chefarzt



**Dr. med.
Christian Klopff**
Chefarzt

Anmeldung für Beratungsgespräche

Online: www.vivantes.de/huk/urologie

Tel. +49 30 130 12 1290 und 1291



Wie komme ich zum Vivantes Humboldt-Klinikum?

U8 Rathaus Reinickendorf, 15 Gehminuten entfernt

Bus 220 ab Rathaus Reinickendorf (Ausgang Finanzamt Reinickendorf) bis Humboldt-Klinikum

Bus 124 ab Alt-Tegel bis Gorkistraße/ Am Nordgraben, 5 Gehminuten entfernt

Kostenpflichtige Parkplätze vor dem Klinikum sind vorhanden.

Vivantes Humboldt-Klinikum

Klinik für Urologie

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

– Universitätsmedizin Berlin

Am Nordgraben 2

13509 Berlin

www.vivantes.de/huk/urologie



Online-Terminbuchung:
termin.vivantes.de