

Informations- und Aufnahmemappe

Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
Klinik für Urologie
Chefarzt MU Dr. Dr.h.c.med. Mario Zacharias

Rubensstraße 25 | 12157 Berlin
Tel. 030 130 20 2541
Fax 030 130 20 2031
mario.zacharias@vivantes.de

Sehr geehrter Patient ,
sehr geehrter Angehöriger,

zweifelsohne hat sich für Sie mit der Diagnose „Prostatakrebs“ ein gravierender Lebenschnitt ergeben. Vorbereitet sein kann man auf eine solche Erkrankung nie, beruhigende Worte finden sich nur schwer. Informationen fallen nun von allen Seiten auf Sie ein, zum Teil sind diese widersprüchlich. Es stellen sich immer mehr Fragen, es stehen mehrere Therapieverfahren zur Wahl, Sie haben Angst vor Nebenwirkungen...

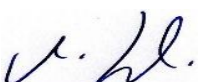
Aus unserer Erfahrung an vielen Tausend Patienten mit der gleichen Erkrankung konnten wir im Laufe der Jahre nicht nur die Therapieverfahren weiter verbessern, sondern lernten auch, dass ein entscheidender Schritt zu Ihrer Genesung und somit zum Therapieerfolg die umfassende Information ist. Nur wenn Sie als unser Patient, genau im Bilde darüber sind, was in der nächsten Zukunft auf Sie zukommt, können Sie sich Ihre eigene Meinung bilden, Fragen stellen, Bedenken äußern und die bevorstehende Therapie zuversichtlich in Angriff nehmen.

Nachdem sicherlich bereits ausführliche Gespräche mit Ihrem Urologen stattgefunden haben, Sie sich vielleicht im Internet, in Büchern oder im familiären Umfeld und bei Bekannten über „Prostatakrebs“ informiert haben, wurden gemeinsam mit Ihnen, Ihrem Urologen und uns die verschiedenen Therapieverfahren erläutert. Als für Sie persönlich am besten geeignet und mit dem geringsten Risiko an Nebenwirkungen behaftet, hat sich die vollständige Entfernung der Prostata (Radikale retropubische Prostatektomie) herausgestellt, zu der Sie sich nun entschieden haben.

Ich darf Ihnen an dieser Stelle ausdrücklich versichern, dass dies in Ihrem Fall die richtige Entscheidung war! Zudem haben Sie sich mit der Urologie des Auguste-Viktoria-Klinikums für ein Haus entschieden, an welchem die radikale Prostatektomie seit vielen Jahren in großer Fallzahl durchgeführt wird. Somit hat unser gesamtes Team viel Erfahrung mit Ihrem Krankheitsbild und kann Sie entsprechend beraten und behandeln. Darüber hinaus bestehen durch meine eigene langjährig operative Erfahrung auf dem Gebiet der Prostatachirurgie und der gesamten Prostatakrebs-Behandlung, welche ich in einem der weltweit führenden Prostatakarzinomzentren, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der angeschlossenen Martiniklinik, sammeln konnte, für Sie am Auguste-Viktoria-Klinikum die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie und eine rasche Genesung.

Mit der vorliegenden Informationsmappe möchten wir Ihnen Gelegenheit geben, in Ruhe und ohne Zeitdruck Einsicht in den bevorstehenden Therapieablauf zu nehmen. Keinesfalls soll diese schriftliche Information die persönliche Aufklärung oder die Beantwortung von Fragen ersetzen, wir möchten Sie lediglich im Vorfeld auf die geplanten Abläufe vorbereiten und Ihnen somit die Möglichkeit geben, während Ihres Aufenthalts gezielt und beruhigt weitere Fragen zu stellen. Lesen Sie sich die folgenden Informationen in Ruhe durch, besprechen Sie sie eventuell mit Ihren Angehörigen und notieren Sie sich Ihre Fragen. Zudem möchten wir Sie bitten, die zum Teil umfangreich und mühsam erscheinenden Fragebögen auszufüllen und zur Aufnahme mitzubringen. Dies hilft uns, sie weiterhin zielgerichtet und individuell beraten zu können und erspart Ihnen unnötige Fragen, doppelte Wartezeiten.

Mit den besten Wünschen verbleibe ich herzlichst Ihr



MU Dr. Dr. h.c. med. Mario Zacharias
mit dem gesamten Team der Urologie des Auguste-Viktoria-Klinikums

Informationen zum vorstationären Termin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie das Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum für Ihre weitere Diagnostik und Therapie ausgewählt haben. Hier erwartet Sie eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung und ein Team von kompetenten und freundlichen Mitarbeitenden.

Wichtige Informationen und Hinweise:

Terminvereinbarung für die Aufnahme (falls nicht über Ihren Urologen vereinbart) von Montag bis Freitag von 8.00 – 16.00 Uhr über die Telefon Nr.: 030 13020 – 2419

Per E-Mail urologie.avk@vivantes.de

Bitte bringen Sie zum vorstationären Termin einen aktuellen **Medikamentenplan** und eine **Diagnoseliste**, aus der Ihre bestehenden Erkrankungen hervorgehen, mit. Der Medikamentenplan darf max.4 Wochen alt sein.

Sofern von Ihrem/ Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin nicht anders verordnet, sollten in der Regel folgende Medikamente vor der OP abgesetzt werden. Bitte halten Sie dazu Rücksprache mit Ihrem/ Ihrer Arzt/Ärztin.

Medikament	Zeitpunkt des Absetzens
Falithrom®, Marcumar®	10 Tage vor OP (Alternativmedikament z.B. Heparin über Hausarzt verordnen lassen)
Plavix®, Tyclid®, Iscover® Aggrenox® Clopidrogel®, Brilique®	7 Tage vor OP absetzen
Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®,	48 Stunden vor OP absetzen

Mitzubringende Unterlagen:

- Dokumente, die Sie vorab per Mail oder ausgehändigter Informationsmappe von uns erhalten haben. Bitte diese entsprechend ausfüllen.
- Aktueller Medikamentenplan
- Aktuelle Diagnoseliste
- Krankenhauseinweisung mit Kostenübernahme der Krankenkasse (soweit von Ihrer Krankenkasse erforderlich)
- Überweisung vom Urologen bzw. Hausarzt (nur bei ambulanten Eingriffen)
- Weitere notwendige medizinische Unterlagen wie z.B. Schrittmacherpass, urologische Befunde, EKG Befunde

Ablauf am Tag des vorstationären Termins

1. Bitte gehen Sie als **Erstes in die Administrative Aufnahme im Haus 8** Hier erfolgt die Anmeldung und Ausstellung der Aufnahmepapiere.
2. Danach kommen Sie zur Anmeldung in der **urologischen Aufnahme ins Haus 23, 2.OG** und melden sich mit den Aufnahmepapieren bei der zuständigen Pflegekraft.

Weitere Informationen zum Ablauf erhalten Sie dann von den Mitarbeitenden der urologischen Aufnahme.

OP-Aufklärungen sowie patientenbezogene Angaben in weiteren Dokumenten erfolgen im Rahmen des vorstationären Termins bei uns digital. Bitte bringen Sie sich dafür bei Bedarf Unterstützung mit.

Der vorstationäre Termin kann zwei bis drei Stunden dauern. Bitte bringen Sie sich einen kleinen Imbiss mit.

Wir hoffen, die Informationen sind Ihnen hilfreich. Sollten weitere Fragen bestehen, wenden Sie sich gern an unsere Mitarbeitenden der Klinik für Urologie.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der urologischen Klinik des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums
unter der Leitung von



MU Dr. Dr. h.c. M. Zacharias

Inhalt

Zeitlicher Ablauf Ihrer Behandlung	3
Vorstationäre Vorstellung	4
Die Aufnahme.....	5
Was Sie mitbringen sollten	5
Tag der Operation	6
Weiterer stationärer Verlauf.....	6
Die Entlassung	6
Wie geht es weiter	7
Nachsorge	9
Qualitätssicherung.....	9
Aufklärung über Radikale Prostatektomie.....	10
Häufig gestellte Fragen	14
Glossar von A-Z.....	20
Lageplan der Klinik	21
Verkehrsanbindung	21
Kontaktmöglichkeiten	22

Zeitlicher Ablauf Ihrer Behandlung

1

Anmeldung im AVK durch Ihren Urologen

evtl. Vorstellung in unserer Sprechstunde

2

Vorstationäre Vorstellung im AVK

Narkosearzt, Blutentnahme,
Vervollständigung der Voruntersuchungen

ca. eine Woche zu Hause

evtl. zusätzliche Untersuchungen,
Umstellung von Medikamenten etc.

3

Stationäre Aufnahme am Tag der Operation Entlassung am 3.- 4. Tag

ca. 4-6 Tage zu Hause
mit einliegendem Blasenkatheter

4

Vorstellung in unserer Sprechstunde

- Dichtigkeitsprüfung der Blase
- Katheterentfernung
- Besprechung des Gewebefundes
- Anleitung Beckenbodentraining

Bei Patientenwunsch
Beginn einer
3-wöchigen Anschlussheilbehandlung

Vorstationäre Vorstellung

Die vorstationäre Vorstellung in unserem urologischen Aufnahmebüro dient dazu, Sie möglichst umfassend auf die meist in der darauffolgenden Woche stattfindende stationäre Aufnahme und die Operation vorzubereiten. Bitte melden Sie sich zunächst in der „**Administrativen Aufnahme¹**“ im **Haus 8** für den vorstationären Aufenthalt an. Dort werden Ihnen alle notwendigen Papiere, Etiketten usw. ausgehändigt. Kommen Sie dann ins **urologische Aufnahmebüro im Haus 23, 2. Etage**. Bitte vergessen Sie nicht, zum vorstationären Termin einen Einweisungsschein Ihres behandelnden Urologen, eine schriftliche Kostenübernahme Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, Ihre Krankenkassenkarte, ggf. Unterlagen über eine private Zusatzversicherung¹ mitzubringen.

An diesem Termin werden verschiedenen Untersuchungen, wie eine Urinprobe (zum Ausschluss bakterieller Harnwegsinfekte) und Blutuntersuchungen (Blutbild, Blutsaure, Gerinnung, ggf. Wiederholung der PSA-Bestimmung, Blutgruppenbestimmung) durchgeführt. Zudem erfolgt eine körperliche Untersuchung und in vielen Fällen eine Ultraschalluntersuchung der Nieren, der Blase und der Prostata (transrektaler Ultraschall), falls diese noch nicht von Ihrem Urologen durchgeführt wurden. Gleiches gilt für die Anamnese. Nach Abschluss der Untersuchungen findet ein Gespräch mit einem der Stationsärzte statt. Hier werden Sie umfassend über den Ablauf des operativen Eingriffes, sowie sämtliche Rahmenbedingungen informiert. Bitte scheuen Sie sich nicht, zu diesem Zeitpunkt all Ihre Fragen, welche Sie sich am besten zuvor notiert haben, zu stellen. Gerne können Sie zum Gespräch eine Vertrauensperson mitbringen.

Um Doppeluntersuchungen und unnötige Rückfragen zu vermeiden, bitten wir Sie herzlich zur vorstationären Aufnahme möglichst all Ihre Befunde, also **Arztberichte von Ihrem Urologen** oder anderen behandelnden Ärzten, Blutwerte, Röntgenbilder, die ausgefüllten Fragebögen sowie die **Einverständniserklärung** mitzubringen. Weiterhin benötigen wir einen aktuellen ärztlich ausgestellten Medikamentenplan sowie ggf. weitere medizinische Unterlagen wie z.B. Schrittmacherpass.

Am selben Tag wird zudem das Narkose-Aufklärungsgespräch in unserer Abteilung für Anästhesie stattfinden. Zur Aufgabe der Narkoseärzte und zu deren Spezialgebiet gehört nicht nur die Aufklärung über die Durchführung der Narkose, sondern auch ganz besonders die Gewährleistung Ihrer Sicherheit. Es wird daher genau überprüft, ob durch die Narkose und die Operation eine Gefahr für Ihre Gesundheit besteht. Eine sehr wichtige Rolle hierbei spielen Vorerkrankungen, welche Herz, Lunge, Blutgerinnung und Allergien betreffen. Sollten Sie an einer solchen Erkrankung leiden oder diesbezüglich Operationen hinter sich gebracht haben, bitten wir Sie entsprechende Befunde und ggf. Röntgenbilder von Ihrem Kardiologen, Lungenfacharzt oder Hausarzt mitzubringen. Eventuell wird der Narkosearzt weitere Untersuchungen, wie etwa ein Röntgen der Lunge oder ein Ultraschall des Herzens anordnen. Diese Untersuchungen können meist in der Woche zwischen vorstationärer Vorstellung und der stationären Aufnahme zur Operation durchgeführt werden.

Da eine Krebsdiagnose und die damit verbundene Therapie immer auch mit einer psychischen Belastung verbunden sind, kommt einer psychologischen Mitbetreuung der Patienten eine wichtige Bedeutung zu. Aus diesem Grund wird Sie der urologische Aufnahmearzt im Rahmen des prästationären Termins fragen, ob Sie eine psychologische Mitbetreuung durch unsere Psychoonkologin wünschen und im Bedarfsfall einen entsprechenden Kontakt herstellen. Unsere Psychoonkologin wird dann während des stationären Aufenthaltes mit Ihnen in Kontakt treten.

Sie sehen, der Tag der vorstationären Aufnahme ist ein besonders wichtiger Termin und daher zeitlich aufwendig. Wir bitten Sie, für diesen Termin, der in der Regel am Vormittag stattfindet, ca. 4 Stunden Zeit einzuplanen und Geduld für etwa anfallende Wartezeiten zu haben. Es geht um Ihre Sicherheit!

¹ *Privatversicherte benötigen diese nicht*

- NICHT VERGESSEN**
- Blutwerte (besonders PSA)
 - Befund der Prostatabiopsie
 - Arztberichte
 - Evtl. Röntgenbilder
 - Aktuellen Medikamentenplan
 - Diese Aufnahmemappe
 - Einweisungsschein vom Urologen
 - Ggf. Kostenübernahme der Krankenkasse

Der Tag vor der OP

In Vorbereitung auf die Operation haben Sie im Rahmen der vorstationären Vorstellung ein Abführmittel erhalten, welches Sie am Nachmittag vor der Operation einnehmen sollen. Trotzdem dürfen Sie noch ein nicht belastendes Abendessen einnehmen und, falls notwendig, selbstverständlich Ihre abendlichen Medikamente.

Wir bitten Sie möglichst zu Hause die Rasur des Operationsgebietes vorzunehmen.

Ab spätestens 0⁰⁰ Uhr dürfen Sie keine Nahrung mehr zu sich nehmen. Wir müssen Sie auch bitten, ab diesem Zeitpunkt auf das Rauchen gänzlich zu verzichten. Klare Flüssigkeiten dürfen Sie bis 2h vor der Operation einnehmen.

Die Aufnahme /Der Operationstag

Etwa eine Woche nach der vorstationären Vorstellung findet in der Regel die stationäre Aufnahme und die OP statt. Wir bitten Sie am Morgen der Operation in den OP-Check-in Bereich(Haus 52) zu kommen. Ihre persönlichen Gegenstände werden dort entgegen genommen, sicher verschlossen und im Laufe des Tages auf die Station gebracht.

Die Uhrzeit der Aufnahme wird Ihnen am Tag der vorstationären Vorbereitung mitgeteilt.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass es trotz aller Bemühungen im Krankenhausalltag häufiger zu zeitlichen Verzögerungen oder Verschiebungen kommt. Dies liegt oft an Notfällen, welche unerwartet vorgezogen werden müssen und uns zwingen, auch lange geplante Operationstermine zu verschieben. Bitte bewahren Sie im Falle einer zeitlichen Verzögerung Ruhe und Geduld. Das Pflegepersonal und die Stationsärzte werden Sie auf dem Laufenden halten.

BITTE ZUR AUFNAHME MITBRINGEN

- Kulturbeutel, Kosmetikartikel
Brillen, Hörgeräte
- Pyjama
- Haus-/Badeschuhe
- Bademantel
- Bequeme Kleidung
für die Entlassung
- Alle aktuellen Medikamente
incl.Originalverpackung
- (Fehlende) Arztberichte

Wir bitten Sie, vor Ihrer Abholung, sämtlichen Schmuck, Brillen, Wertgegenstände, Hörgeräte und ggf. herausnehmbaren Zahnersatz abzulegen.

Pünktlich zur vorgesehenen Zeit wird Sie ein Mitarbeiter*in des OP Check-in mit Ihrem Bett in den OP-Trakt bringen. Dort werden Sie auf einen OP-Tisch umgelagert und in den Vorraum des OP-Saals gebracht. Sie erhalten eine Infusionsnadel und die Narkose wird eingeleitet. Anschließend bringen wir Sie schlafend in den Operationssaal.

Die Operation dauert für gewöhnlich zwischen 3 und 4 Stunden. Eine kürzere oder längere Operationszeit hat normalerweise nichts mit Komplikationen oder einem besonders günstigen Operationsverlauf zu tun, sondern ist von den anatomischen Unterschieden jedes einzelnen Menschen und dem jeweiligen Stadium des Prostata Tumors abhängig. Bitte informieren Sie auch Ihre Angehörigen, dass eine OP-Dauer von über 4 Stunden kein schlechtes Zeichen sein muss.

Nach erfolgter Operation werden Sie in den Aufwachraum gebracht und überwacht, bis die Narkose zum größten Teil abgeklungen ist. Dies dauert zwischen zwei und vier Stunden. Danach bringen wir Sie zurück

auf Ihre Station. Bei besonderen, überwachungsbedürftigen Vorerkrankungen erfolgt in einzelnen Fällen die Überwachung auf unserer Intensivstation für ca. eine Nacht. Ob dies in Ihrem Fall notwendig ist, wird Ihnen bei der Aufnahme mitgeteilt.

Nach Rückkehr auf die Normalstation dürfen sie nach ca. 4 Stunden wieder vorsichtig mit dem Trinken beginnen. Meist kann bereits gegen Abend eine leichte Mahlzeit eingenommen werden. Bitte scheuen Sie sich nicht bei Schmerzen umgehend die zuständige Schwester oder den Pfleger zu kontaktieren. Je nach Operationsverlauf werden wir im Einzelfall zwischen 18 und 20 Uhr eine Blutentnahme durchführen.

Selbstverständlich können Ihre Angehörigen Sie nach Rückkehr auf die Station besuchen. Da Patienten nach Eingriffen in Vollnarkose jedoch häufig sehr müde sind und oft erst gegen späteren Nachmittag zurück auf die Station kommen, ist ein Besuch am folgenden Tag meist sinnvoller. Bitte sprechen Sie dies mit Ihren Angehörigen ab.

Weiterer stationärer Verlauf

Ab dem ersten Tag nach erfolgter Operation dürfen Sie wieder vollständig essen und trinken, wobei Sie zunächst wenig belastende Speisen erhalten werden und nicht zu viel Kohlensäurehaltiges trinken sollten. In der Frühvisite gegen 7³⁰ Uhr werden Sie über den näheren Verlauf Ihrer Operation und den weiteren Ablauf informiert. Der Operateur wird Sie im Laufe des Tages ebenfalls besuchen und Ihnen Detailinformationen geben können.

Der erste Tag nach der Operation dient vornehmlich der Erholung. Sie dürfen zum ersten Mal aufstehen, Dies wird in Begleitung der Schwestern und Pfleger stattfinden, da als Narkosenachwirkung des Öfteren Schwindelgefühle auftreten können. Geplant wird morgens eine Blutentnahme stattfinden. Ein Verbandwechsel und die Entfernung eingelegter Wunddrainagen werden erst am zweiten Tag nach der Operation erfolgen. Wir bitten Sie, uns besonders an den ersten Tagen stets über Wundschmerzen zu informieren. Nach unserer Erfahrung ist der Bedarf an Schmerzmedikamenten häufig niedriger, wenn diese frühzeitig eingenommen werden und nicht bis zum „ich kann es nicht mehr aushalten“ gewartet wird. Bitte scheuen Sie sich daher nicht nach zusätzlichen Schmerzmitteln zu fragen!

Am zweiten Tag nach der Operation wird der Stationsarzt die erste Wundkontrolle und einen Verbandwechsel durchführen. Sollte bei Ihnen eine Wunddrainage eingelegt worden sein, kann diese in den meisten Fällen am zweiten Tag nach Operation entfernt werden. Gelegentlich fördert die Wunddrainage viel Wundflüssigkeit und muss daher einige Tage länger belassen werden. Dies sollte Sie bitte nicht beunruhigen. Ab dem zweiten postoperativen Tag wird zudem vermehrt Augenmerk auf Ihre Verdauung gelegt. Das heißt, Sie werden zusätzlich Abführmittel erhalten, sollte sich an Tag Zwei nicht von selbst Stuhlgang einstellen.

Die folgenden Tage dienen wiederum hauptsächlich Ihrer Erholung und der Beobachtung. Sollten Sie eine Anschlussheilbehandlung (Kur) wünschen, bitten wir Sie, dies unbedingt während des stationären Aufenthaltes anzusprechen. Die Anmeldung muss während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus erfolgen. Unser Sozialdienst wird Sie kontaktieren, sie näher beraten und entsprechende Anträge gemeinsam mit Ihnen stellen.

Die Entlassung

Die Entlassung selbst findet am Vormittag des dritten oder vierten Tages nach der Operation meist gegen 10⁰⁰ Uhr statt. Sie erhalten einen vorläufigen Arztbericht, der die wichtigsten Informationen über die durchgeführte Operation und das weitere Vorgehen enthält. Bei Entlassung wird der eingelegte Katheter noch belassen, da die neu geschaffene Verbindung zwischen Harnröhre und Blase noch ein wenig Zeit zum Heilen braucht.

Vor Entlassung wird Ihnen ein sogenannter „Beinbeutel“ angelegt. Dies ist ein kleinerer Urinauffangbeutel, welchen man mit Gummibändern am Unter- oder Oberschenkel festschnallen kann. Der Beinbeutel kann somit unter der Hose getragen werden. Allerdings haben die Beinbeutel auch ein kleineres Fassungsvermögen als die Urinbeutel, welche Sie während des stationären Aufenthaltes tragen. Bitte bedenken Sie daher, dass diese Beutel auch während der Nacht ca. alle 3-4 Stunden entleert werden müssen

Sie sollten bis zur Entfernung des Katheters auf übermäßige Bewegung verzichten. Spazieren gehen oder dergleichen dürfen Sie jedoch nach Belieben. Auch geduscht kann trotz des Katheters werden. Das Pflegepersonal wird Ihnen vor Entlassung den Umgang mit dem Katheter, dem Beinbeutel und den hygienischen Maßnahmen erläutern.

Der für Sie und uns wichtige feingewebliche Untersuchungsbefund liegt bei Entlassung nur selten vor. Er ist jedoch sehr wichtig und entscheidend für eine eventuell notwendige weitere Therapie. Daher senden wir den Bericht schnellstmöglich an Ihren Urologen oder informieren Sie im Falle außergewöhnlicher Befunde telefonisch. In der Regel erhalten wir den Befund 7 bis 10 Werktage nach der Operation.

Zum Zeitpunkt der Entlassung ist die Wunde am Unterbauch bei den meisten Patienten bereits so gut verheilt, dass kein Verband mehr notwendig ist. Das Fadenmaterial löst sich selbständig auf und braucht nicht entfernt zu werden. Wenn Wundklammern verwendet wurden, werden diese bei Entlassung noch belassen und am Tag der Dichtigkeitsprüfung entfernt.

Generell gilt, dass wir auch am Wochenende entlassen. Natürlich händigen wir Ihnen notwendige Medikament in entsprechender Menge aus, wenn Sie keine Gelegenheit hätten, sich diese von Ihrem Hausarzt oder Urologen verschreiben zu lassen.

Lassen Sie sich am Tag der Entlassung nach Möglichkeit abholen, da Sie für die nächste Zeit vom Tragen schwerer Gegenstände (z.B. Gepäck) Abstand nehmen sollten.

Wir möchten Sie bitten, sich an unserer Patientenbefragung zu beteiligen.

Bitte nutzen dafür Sie diesen QR-Code während oder nach Ihrem stationären Aufenthalt, um sich an unserer Patientenbefragung als Patient des Prostatakarzinomzentrums am AVK zu beteiligen.

Wir freuen uns über Ihr Feedback.



Wie geht es weiter?

Am Tag der Entlassung bekommen Sie von uns einen Termin zur Dichtigkeitsprüfung der neu geschaffenen Verbindung zwischen Harnblase und –röhre. Dieser Termin findet meist am ersten Mittwoch nach der Entlassung in der **Endourologie Haus 23 ,1.Etage** statt.

Hierbei wird die Blase über den liegenden Katheter mit Kontrastmittel aufgefüllt und anschließend Röntgenbilder zur Beurteilung der Verbindung gemacht. Nach Abschluss der Untersuchung kann, sofern die neue Verbindung dicht ist, der Katheter entfernt werden.

Sollten die Bilder eine bestehende kleine Undichtigkeit zeigen, wird in Rücksprache mit Ihrem Operateur ein Termin für eine erneute Dichtigkeitsprüfung (meist nach einer Woche) vereinbart.

Bitte planen Sie daher auch an diesem Tag ein wenig mehr Zeit ein.

Bevor Sie uns dann verlassen werden wir noch eine abschließende Restharmmessung durchführen.

Bitte bedenken Sie, dass es in der ersten Zeit nach Entfernung des Katheters zu unwillkürlichem Urinverlust kommen kann. Wie Ihnen der Aufnahmearzt und sicherlich auch Ihr Urologe und Ihr Operateur erläutert hat, ist die ganz normal und kein Dauerzustand. Die Kontinenz, also die Urintrockenheit stellt sich bei den meisten Patienten schon in den ersten Wochen nach Operation ein. Gelegentlich kann sich dies jedoch auch bis zu einem Jahr hinziehen. Für die Überbrückungszeit werden Einlagen zum Auffangen des Urins benötigt. Besorgen Sie sich diese möglichst frühzeitig aus Ihrer Apotheke oder dem Sanitätshaus. Günstig sind solche Vorlagen, welche es je nach Urinverlust in verschiedenen Größen und Ausführungen gibt, auch über das Internet zu beziehen. (siehe auch *FAQ Vorlagen*)

Der Zeitraum bis zum Wiedererlangen der vollständigen Urintrockenheit lässt sich durch „Beckenbodengymnastik“ positiv beeinflussen. Es handelt sich hierbei um spezielle Übungen, welche die Beckenbodenmuskulatur und damit auch den Schließmuskelapparat kräftigen können. Diese Übungen können Sie entweder im Rahmen der Anschlussheilbehandlung (Kur) erlernen oder sich diese ambulant bei einem Physiotherapeuten (Krankengymnast) oder in unserem ambulanten Rehabilitationszentrum zeigen und erklären lassen. Wichtig ist trotz des unumstrittenen Nutzens dieser Übungen, dass Sie nicht zu früh und zu intensiv beginnen. Warten Sie bitte die erste Woche nach Entfernung des Blasenkatheters ab und beobachten zunächst den tatsächlichen Urinverlust. Beginnen Sie erst dann langsam mit den Übungen, um den von der Operation noch geschwächten Schließmuskelapparat nicht zu überfordern.

Immer wieder werden wir gefragt, ob es bei der Ernährung etwas zu beachten gibt oder ob durch gezielte Diäten der weitere Genesungs- bzw. Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden kann. Wir empfehlen die ersten Tage nach Entlassung auf eine ausgewogene, leichte Kost zu achten um Ihren Körper durch schwer verdauliche Nahrungsmittel nicht unnötig zu belasten. Von speziellen Diäten raten wir jedoch ab. Trotz umfangreicher Studien und Untersuchungen konnten bis heute keine Nahrungsmittel oder Diäten identifiziert werden, welche die Genesung fördern oder gar ein Wiederauftreten der Erkrankung verhindern können. Achten Sie auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung, auf ein gesundes Maß an Bewegung und einen verantwortungsvollen Umgang mit Genussmitteln, dann machen Sie alles richtig! Ihr Körper kann Ihnen zu diesem Thema oft mehr sagen als wir Ärzte.

Eine eventuell geplante und veranlasste Anschlussheilbehandlung beginnt in der Regel ca. eine Woche nach Entfernung des Dauerkatheters.

Der Beginn einer Kurmaßnahme mit einliegendem Katheter ist nicht zu empfehlen, da der Kernpunkt, nämlich die „Beckenbodengymnastik“ bei einliegendem Katheter nicht durchgeführt werden kann.

Eine Anschlussheilbehandlung (Kur) steht Ihnen mit der Diagnose „Prostatakrebs“ nach erfolgter Operation auf jeden Fall zu. Viele Patienten entscheiden sich jedoch auch gegen eine solche Maßnahme. In den meisten Fällen werden Sie sich nach Entlassung schon so gut fühlen, dass Ihnen ein dreiwöchiger Aufenthalt in einer Kurklinik unnötig erscheint. Dies ist eine ganz persönliche Entscheidung. Wir können Ihnen weder zu- noch abraten. Sprechen Sie uns oder den Sozialdienst bezüglich näherer Informationen an. Wir weisen Sie an dieser Stelle nochmals darauf hin, dass eine Anschlussheilbehandlung während Ihres stationären Aufenthaltes beantragt werden muss. Sollten Sie sich erst nach Entlassung für eine Anschlussheilbehandlung entscheiden, muss diese von Ihrem Hausarzt oder niedergelassenen Urologen eingeleitet werden.

Körperliche Betätigung ist gesund – auch nach einer Prostataoperation. Beginnen Sie langsam und steigern sich entsprechend Ihrer körperlichen Fähigkeit. Auch hier kann Ihnen Ihr Körper mehr sagen als wir. Wichtig ist lediglich, dass Sie sich nicht überfordern. Zu beachten geben wir, dass Sie alle Aktivitäten, welche die Bauchmuskulatur stark beanspruchen, für drei Monate unterlassen müssen. Sie sollten also auf Krafttraining der Bauchmuskulatur, Situps, Rudern, schweres Tragen (nicht mehr als 5 Kilo!) usw. verzichten. Außerdem sollten Sie auf Radfahren ebenfalls für drei Monate verzichten, da der Fahrradsattel genau die Dammregion und somit das Operationsgebiet belastet. Allen übrigen Aktivitäten (nach abgeschlossener Wundheilung auch Schwimmen) können Sie bedenkenlos nachgehen.



Gern möchten wir Ihnen auch die Möglichkeit geben, sich mit anderen betroffenen Patienten auszutauschen.

Unser Uroonkologisches Zentrum kooperiert mit folgenden Selbsthilfegruppen bzw. Begegnungsstätten:

- SURVIVORS HOME (<https://survivors-home.de>)
- Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Mariendorf (Berlin)e.V. (<https://prostatakrebs-bps.de>)
- Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Königs Wusterhausen (<https://prostatakrebs-bps.de>)

Informationen dazu finden Sie im Wartebereich der Urologischen Aufnahme bzw. der angegebenen Homepage.

Nachsorge

Die Nachsorge nach operativer Therapie des Prostatakarzinoms richtet sich im Wesentlichen nach der persönlichen Situation, sowie ganz besonders dem feingeweblichen Untersuchungsbefund, welcher über das Tumorstadium, die Aggressivität des Tumors und evtl. befallener Lymphknoten Aufschluss gibt. In den allermeisten Fällen wird der weitere Verlauf einfach beobachtet. Das bedeutet, dass regelmäßig Kontrollen des PSA-Wertes durchgeführt und Sie von Ihrem Urologen körperlich untersucht werden. Sollten sich auffällige Befunde ergeben, müssten eventuell weitere Untersuchungen wie eine Computertomographie oder eine Knochen-Szintigraphie (Skelettuntersuchung) durchgeführt werden. Nur in wenigen Fällen ist eine zusätzliche Behandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung erforderlich. Ihr Urologe oder wir beraten Sie gerne individuell. Nutzen Sie dazu gern den bereitgestellten **Nachsorgepass**, um alle Termine und Therapien im Überblick zu haben.

Die „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ hat umfangreiche Leitlinien zur Behandlung und Nachsorge des Prostatakarzinoms herausgegeben. Hiernach werden nebenstehende Nachsorge-Intervalle empfohlen.

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei lediglich um grobe, allgemeine Richtlinien handelt. Ob und zu welchem Zeitpunkt welche Untersuchungen durchgeführt werden müssen, wird individuell von Ihrem niedergelassenen Urologen entschieden!

Nachsorgeuntersuchungen

- ca. 12 Wochen nach Operation
- in den ersten zwei Jahren vierteljährlich
- danach nach individuellem Risiko

Qualitätssicherung

Unser tägliches Handeln bestimmen Ihre Gesundheit und Ihre Lebensqualität. Dabei ist es für uns von besonderer Bedeutung die Ergebnisse und Einflüsse jedes einzelnen Behandlungsschrittes zu kennen. Dass die Diagnose „Prostatakrebs“ heutzutage ihren ganz großen Schrecken eingebüßt hat und wir die Behandlung von Jahr zu Jahr schonender gestalten können, liegt nicht zuletzt an den Erfahrungen und Auskünften von vielen tausend Patienten, welche die Behandlung selbst mitgemacht haben. Um die einzelnen Verfahren weiter verbessern und anpassen zu können, sind wir daher auf Ihre Mithilfe angewiesen. Mit Ihrer Erlaubnis werden wir Sie sechs Monate sowie jährlich über einem Zeitraum von 5 Jahren schriftlich um Auskunft über Ihren Gesundheitszustand, den Krankheitsverlauf und Ihre Lebensqualität bitten. Diese Informationen sind für uns kostbar und werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.

Bitte bringen Sie dazu die ausgefüllten bzw. **unterschiedenen Fragebögen und Einverständniserklärung zur vorstationären Aufnahme** mit. Das Duplikat der Einverständniserklärung ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Sollten Sie sich nicht an unseren qualitätssichernden Maßnahmen beteiligen wollen, bitten wir Sie es auch hier entsprechend auf der Einverständniserklärung zu kennzeichnen und zu unterschreiben. Ihnen wird dadurch kein Nachteil in der Behandlung entstehen.

Aufklärung über die „Radikale Prostatektomie“ (RP)

Bei Ihnen wurde eine bösartige Erkrankung der Prostata („Prostatakrebs“) festgestellt. Zur Behandlung dieser Erkrankung stehen mehrer Verfahren zur Verfügung. Generell sind ein **abwartendes Verhalten**, eine **medikamentöse (Hormon-)Therapie**, eine **Strahlentherapie** und die **operative Behandlung** zu nennen. Welches Verfahren bei welchem Patienten zum Einsatz kommt ist von vielen Faktoren abhängig. Entscheidende Rollen bei der Beratung und der Wahl des Verfahrens spielen Ihr Alter, die Größe der Prostata, Störungen beim Wasserlassen, der PSA-Wert, das Tumorstadium, das feingewebliche Untersuchungsergebnis der Prostatabiopsien und evtl. durchgeführte Umfelddiagnostik (Computertomographie, Knochenszintigraphie). Sie sehen, es ist ein komplexes Zusammenspiel mehrerer Faktoren, und ein nicht immer einfaches Abwägen, bis die für Sie am besten geeignete Behandlungsmethode gefunden wird. Wenn für Sie prinzipiell mehrere Methoden zur Verfügung stehen, wurde dies bereits mit Ihnen besprochen. Gemeinsam mit Ihrem Urologen und nach Beratung mit uns haben Sie sich für die komplette operative Entfernung der Prostata (Vorsteherdrüse) entschieden. Im Folgenden wollen wir Ihnen die einzelnen Schritte des operativen Eingriffs und die daraus resultierenden Folgen und Risiken näher erläutern.

Das operative Vorgehen

Abhängig von der onkologischen Befundsituation, für den Eingriff relevanter Vorerkrankungen bzw. Operationen und des Patientenwunsches stehen die offene radikale, retropubische Prostatektomie und die DaVinci-Roboter-assistierte laparoskopische Prostatektomie zur Verfügung.

Nach erfolgter Narkose und Lagerung auf dem Operationstisch erfolgt die Desinfektion des Operationsgebiets. Bei der offenen radikalen retropubischen Prostatektomie wird anschließend ein etwa 7 – 10cm langer Schnitt im Unterbauch zwischen Bauchnabel und Schambein durchgeführt. Über diesen Zugang kann zunächst das Unterhautgewebe durchtrennt und die Bauchmuskulatur auseinander gedrängt werden. Im Weiteren kann die Prostata und der Übergang zwischen Prostata und Harnblase sowie zwischen Prostata und Harnröhre dargestellt werden.

Bei der DaVinci-Roboter-assisierten laparoskopische Prostatektomie werden 6 sogenannte Trokare in den Bauchraum eingebracht, nachdem der Bauchraum mit CO₂ aufgebläht wurde. Über diese Trokare werden die Arbeitsinstrumente in den Bauchraum eingeführt.

Im nächsten Schritt wird die der Prostata an beiden Seiten anliegende dünne Schicht, welche die für die Erektion zuständigen Nervenfasern enthält, sorgsam von der Prostata gelöst. Anschließend wird die Prostata mitsamt den anhängenden Samenblasen entfernt, indem sie von der Blase und der Harnröhre abgetrennt wird.

Der letzte Schritt umfasst die eventuell notwendige Entfernung der für die Prostata zuständigen Lymphknoten und die Wiederherstellung der Verbindung zwischen Blase und Harnröhre, sowie die Einlage eines Blasenkatheters.

Abschließend wird meist eine Wunddrainage eingelegt und die Bauchdecken schließlich in mehreren Schichten verschlossen. Der Hautverschluss erfolgt dabei mit selbstauflösendem Fadenmaterial oder mittels Wundklammern.

Mögliche Komplikationen und Risiken

Bei allen operativen Eingriffen spielt die Erfahrung des Operators und des gesamten für die Behandlung zuständigen Teams eine große Rolle für den Therapieerfolg und ein gutes Gelingen. Zweifelsohne gehört die komplette Entfernung der Prostata zu den großen und komplexen Operationen in der Urologie und ist nicht ohne Risiken. Da dieser Eingriff in unserem Hause jedoch seit Jahren erfolgreich in großer Zahl durchgeführt wird, ist sie in weiten Teilen standardisiert und kann in der weit überwiegenden Zahl der Fälle ohne Komplikationen durchgeführt werden. Dennoch müssen wir Sie über mögliche Risiken und Folgeerscheinungen in Kenntnis setzen.

Infektionen

Sowohl der Hautschnitt als auch die eventuell einliegenden Wunddrainagen und der Blasenkatheter bilden Eintrittspforten für Erreger. So kann es in einzelnen Fällen zu Wundinfektionen oder Infektionen des Operationsgebietes im Becken kommen. Durch die vorsorgliche Gabe von Antibiotika während der Operation, welche eine Verschleppung von Bakterien ins Innere der Wunde verhindern können, kommen schwerere Infektionen in der urologischen Klinik in weniger als 1% der Fälle vor. Wenn, sind meist nur die

oberflächlichen Schichten betroffen – es kommt zu einer sogenannten Wundinfektion. Diese können mit Salbenverbänden und ggf. antibiotisch behandelt werden. Nur in Ausnahmefällen muss die Wunde oberflächlich eröffnet werden, abheilen und ggf. in einem weiteren Eingriff wieder verschlossen werden. Dies könnte zu einer kosmetisch unbefriedigenden Narbensituation führe. Sollte es zu einer Infektion der tiefen Wundschichten kommen, müsste in einzelnen Fällen operativ die gesamte Wunde eröffnet und eine offene Wundbehandlung mit mehrfachen Spülungen des Bauchraumes in Narkose durchgeführt werden. All diese Umstände sind sehr selten, können jedoch den Krankenhausaufenthalt verlängern und Behandlungen mit Antibiotika erforderlich machen.

Blutungen

Die Prostata ist ein sehr gut durchblutetes Organ. Es müssen kräftige Venengeflechte durchtrennt werden, um die Prostata entfernen zu können. Die entsprechenden Blutgefäße werden, je nach Größe, unterbunden, verödet oder mit Metallclips verschlossen. Trotz aller Sorgfalt kann es während oder kurz nach der Operation zu größeren Blutverlusten kommen. Ein Blutverlust von bis zu 1,5 Litern wird von ansonsten gesunden Patienten meist problemlos toleriert. Nur in etwa 3% der Fälle werden Bluttransfusionen erforderlich.

Sollte bei Ihnen eine Bluttransfusion erforderlich werden, so besteht trotz aller heute zur Verfügung stehender Testverfahren das Risiko der Übertragung einer Infektionskrankheit. Besonders sind hier das Risiko für Hepatitis C (1:30.000), Hepatitis B (1:50.000) und HIV (1:3.000.000) zu nennen.

Schmerzen

Jeder operative Eingriff, insbesondere bei Schnittoperationen, verursacht Wundschmerzen und Beschwerden im Operationsgebiet. Entsprechend der Schmerzerfahrung der meisten Patienten, werden Sie automatisch Schmerzmedikamente erhalten, welche sich von zunehmender Genesung von Tag zu Tag reduzieren. Diese Schmerzmedikation ist aber lediglich als Grundversorgung anzusehen. Wenn Sie Schmerzen haben, geben Sie bitte umgehend dem Pflegepersonal Bescheid. Ein vermehrter Bedarf an Schmerzmitteln ist in den ersten Tagen nach Operation normal. Haben Sie bitte keine Sorge vor Überdosierung.

Verletzung benachbarter Strukturen und Organe

Da im Bereich des Hautschnittes sensible Hautnerven verletzt werden können ist ein Taubheitsgefühl im Bereich des Bauchschnittes möglich. Dieses bildet sich in der Regel binnen einiger Monate zurück.

Durch die enge Nachbarschaft der Prostata zum Enddarm (Rektum), sowie den Harnleitern, ist potentiell eine Verletzung dieser Strukturen möglich. Mit zunehmendem Tumorstadium und eventueller Überschreitung der Prostatakapsel durch den Tumor, erhöht sich das Risiko dieser Verletzungen. Bei einer Verletzung des Enddarms wird dieser sofort in mehreren Schichten wieder verschlossen und eine Wunddrainage eingelegt. Diese Komplikation tritt in weniger als 1% der Fälle auf. Noch seltener ist eine größere Verletzung des Darmes oder eine Wundheilungsstörung des Darmes mit Notwendigkeit der Anlage eines künstlichen Darmausgangs über mehrere Monate (Risiko etwa 0,01% - 0,02%). Das Risiko einer unteren Harnleiterverletzung liegt ebenfalls bei unter 1%. Im Falle einer Harnleiterverletzung wird dieser vernäht und ein Kunststoffschlauch zur Schienung eingelegt. Dieser kann nach vorheriger Röntgenkontrolle meist nach 10-14 Tagen entfernt werden. Als Folge einer solchen Harnleiterverletzung können in den seltensten Fällen narbige Engstellen im unteren Harnleiter auftreten welche eine operative Neueinpflanzung des Harnleiters in die Blase erforderlich machen.

Lymphknoten / Lymphabfluss

Ob bei Ihnen während der Prostataentfernung Lymphknoten mit entfernt werden müssten hängt im Wesentlichen von zwei Faktoren ab. Zum einen vom PSA-Wert und zum Zweiten vom feingeweblichen Untersuchungsbefund der durchgeführten Prostatabiopsien. Ergibt sich durch diese Befunde ein erhöhtes Risiko für eine Absiedlung von Tumorzellen in den Lymphknoten der Prostata, so werden diese entfernt. Dabei geht es nicht ausschließlich um die Therapie der Tumorerkrankung, sondern auch darum, eine Ausbreitung in die Lymphknoten überhaupt zu erkennen und ggf. eine weiterführende Therapie mit Bestrahlung oder Medikamenten an die Operation anzuschließen.

Die Entfernung der Lymphknoten hat für Sie im Regelfall keine merklichen Konsequenzen. Wenn Lymphknoten entfernt werden, so wird fast immer eine Wunddrainage eingelegt, welche die Lymphflüssigkeit für die ersten Tage nach der Operation nach Außen ableitet. In dieser Zeit bilden sich neue Lymphbahnen. Nachdem der Lymphfluss über die Drainage zum Stillstand gekommen ist, kann die Wunddrainage entfernt werden. Dies ist im Normalfall innerhalb der ersten 2 bis 3 Tage der Fall. Selten, etwa in 3-5% der Fälle,

kommt es zu einer verlängerten Lymphsekretion über mehr als 2-3 Wochen. Gelegentlich werden Patienten daher mit einliegender Wunddrainage bis zum Stillstand der Sekretion entlassen. Nach Entfernung der Drainage besteht potentiell die Gefahr einer erneuten Lymphsekretion mit Ansammlung von Lymphflüssigkeit im kleinen Becken, was zu Blutabflussstörungen der Beine oder Schmerzen führen kann (sog. Lymphozele). Solche größeren Flüssigkeitsansammlungen müssen gelegentlich punktiert und mit einer neuerlichen Drainage versorgt werden. In Einzelfällen muss eine (minimalinvasive) operative Korrektur erfolgen.

Thrombose / Embolie

Durch die Immobilität nach der Operation, die Operation selbst, aber auch durch Ansammlung von Lymph- und Wundflüssigkeit im Operationsgebiet ist das Risiko einer Thrombose, also der Bildung eines Blutgerinnsels in den Becken- oder Beinvenen erhöht. Als vorsorgliche Maßnahme werden Sie daher einmal täglich eine Heparinspritze erhalten. Die Ihnen vielleicht bekannten Thrombosestrümpfe werden nur noch bei besonderen Risikopatienten eingesetzt. Durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen konnte das Thromboserisiko auf etwa 1-2% gesenkt werden. Die größte Gefahr einer Thrombose liegt in der Ablösung und Verschleppung des Blutgerinnsels in die Lunge – eine sogenannte Lungenembolie. Diese kann zu bedrohlichen Situationen führen. Das Risiko einer Lungenembolie liegt etwa bei 0,3%.

Blasenkatheter und Verweildauer

Wie erwähnt wird während der Operation ein Blasenkatheter zur Schienung der Nahtstelle zwischen Harnöhre und Blase eingelegt. Dieser wird, je nach Heilungsverlauf und Befund während der Operation nach einer Dichtigkeitsprüfung der Nahtstelle mittels Röntgen, etwa 8-10 Tage nach Operation entfernt. Sollte die Dichtigkeitsprüfung zeigen, dass die Nahtstelle noch nicht vollständig verheilt ist, so muss der Blasenkatheter unter Umständen länger getragen werden. In einzelnen Fällen kann es bis zu 4 oder 6 Wochen dauern, bis die Verbindung zwischen Harnröhre und Blase vollständig abgeheilt ist. Auf das Endergebnis der Operation hat dies keinen negativen Einfluss! Länger als 3 Wochen tragen den Blasenkatheter weniger als 1% der Patienten.

Harnröhrenenge

Die Schleimhaut der Harnröhre ist sehr empfindlich. Durch die Operation, die Naht zur Verbindung mit der Blase oder das Tragen des Katheters kann es bei etwa 1% der Patienten zu einer narbigen Enge der Harnröhre kommen, was zu Harnabflussstörungen mit schwachem Harnstrahl oder gar einem Harnverhalt führen kann. Dies tritt oft erst Monate nach der eigentlichen Operation auf. Oft reicht es aus eine solche Engstelle mit einem Katheter zu weiten. Nur selten muss eine solche Narbe in Kurznarkose im Rahmen einer Blasenspiegelung aufgeweitet oder eingekerbt werden.

Harninkontinenz

Direkt unterhalb der Prostata sitzt der für die Urinkontrolle (Kontinenz) erforderliche Schließmuskel. Da dieser von der Prostata abgelöst werden muss, kommt es fast zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung der Kontinenz. Nach der Entfernung des Blasenkatheters haben daher die meisten Patienten Schwierigkeiten den Urin vollständig zu halten. Mit einem vollständigen Urinverlust ist jedoch auch in der Anfangsphase nach der Operation nicht zu rechnen. Vielmehr berichten Patienten über einen Verlust kleiner oder mäßiger Urinmengen bei schnellen Bewegungen oder Belastung beim Treppensteigen, Husten, Niesen, Lachen. Daher ist in der ersten Phase nach der Operation fast immer das Tragen von Vorlagen unterschiedlicher Abmessung erforderlich. Dieser unwillkürliche Urinverlust nimmt mit zeitlichem Abstand zur Operation ebenfalls ab. So sind nach einem Monat bereits etwa 1/3 der Patienten kontinent. Nach 3 Monaten berichten 2/3 der Patienten über komplette Urintrockenheit, nach 6 Monaten sind es 85%. Ein Jahr nach Operation besteht bei weniger als 2% der Patienten ein höhergradiger Urinverlust. In diesen seltenen Fällen stehen operative Maßnahmen, z.B. eine Schlingeneinlage oder die Implantation eines künstlichen Schließmuskels zur Wiederherstellung der Kontinenz zur Verfügung.

Erektionsfähigkeit

Trotz des heute etablierten nervschonenden Operationsverfahrens werden bei der Prostataoperation unsichtbare Strukturen im Becken verändert, was zu einer Abnahme der Erektionsfähigkeit führen kann. Dies gilt ganz besonders bei Patienten mit bereits vor der Operation bestehenden Erektionsschwierigkeiten. Je nach Tumorsituation kann die Nerverhaltung in unterschiedlichem Maße durchgeführt werden. Je mehr Nervengewebe erhalten werden kann, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer guten Erektionsfähigkeit. Oberstes Gebot bei der Entfernung der Prostata muss selbstverständlich die komplette Entfernung der Tumorzellen sein. Dem ist trotz aller Sorgfalt und aller heutigen Möglichkeiten die Nerverhaltung unterworfen. Ob, in welchem Umfang und unter welchen „Sicherheitskriterien“ in Ihrem Fall eine Nerverhaltung möglich ist, wird Ihnen der Aufnahmearzt und Ihr Operateur erläutern.

Bei einer beidseitigen Nerverhaltung kommt es bei 9 von 10 Patienten nach entsprechender Erholungsphase wieder zu guten Erektionen, wobei etwa 50-60% keine Hilfsmittel wie Medikamente (Viagra®, Levitra®, Cialis®) benötigen. Nach einer einseitigen Nerverhaltung können etwa 70% der Patienten mit Erektionen rechnen, wobei 30% keine (medikamentösen) Hilfsmittel benötigen.

Die zeitweilig empfohlene vorbeugende Einnahme von erektionsfördernden Medikamenten unmittelbar nach der Operation wird heute nicht mehr empfohlen. Sollten es bei Ihnen zu Erektionsschwierigkeiten kommen, empfiehlt sich die bedarfsgesteuerte Einnahme entsprechender Medikamente. Kann auch damit keine ausreichende Erektion erreicht werden, bestehen weitere Möglichkeiten, mit kleinen Injektionen direkt in den Schwellkörper, Vakuum-Pumpen oder die Implantation eines Schwellkörperersatzes. Ihr Urologe oder wir beraten Sie im Bedarfsfall gerne.

Die Sensibilität des Penis, das Interesse an sexuellem Erleben und die Fähigkeit zum Orgasmus bleiben durch die Operation der Prostata auch im Falle fehlender Erektionen unberührt.

Fruchtbarkeit

Da bei der geplanten Operation nicht nur die Prostata selbst, welche für die Produktion des größten Teils der Samenflüssigkeit zuständig ist, sondern auch die Samenblasen entfernt werden und außerdem die vom Hoden kommenden Samenleiter durchtrennt werden müssen, werden Sie beim Höhepunkt keinen Samenerguss mehr haben („Trockener Orgasmus“). Dementsprechend ist die Zeugungsfähigkeit auf natürlichem Wege nicht mehr gegeben.

Wiederauftreten des Tumors

Die vollständige Entfernung der Prostata stellt das Behandlungsverfahren mit der größten Chance auf vollständige Heilung beim Prostatakarzinom dar. Ist der Tumor streng auf die Prostata begrenzt, so kann eine Heilung in etwa 95% der Fälle erreicht werden. Sollte eine Überschreitung der Prostata durch den Tumor festgestellt werden, so ist trotzdem noch in 60% der Fälle mit einer vollständigen Heilung alleine durch die Operation zu rechnen. Bei etwa 40% dieser Patienten kann es zu einem Wiederauftreten des Tumors im Operationsbereich, meist jedoch an anderer Stelle des Körpers (Metastasen) kommen. Unter Umständen kann daher eine weitere Behandlung mittels Bestrahlung oder Medikamenten sinnvoll und erforderlich sein. Diese Nutzen-/Risikoabwägung ist jedoch individuell zu treffen und wird von Ihrem Arzt mit Ihnen besprochen werden.

Verhaltensregeln vor und nach dem Eingriff

Bitte halten Sie sich vor der Operation an die Empfehlungen und Anweisungen der Narkoseärzte und des Pflegepersonals. Insbesondere muss auf die Einhaltung der Nahrungs-, Getränke- und Rauchkarenz geachtet werden. Nach der Operation ist eine rasche Mobilisierung anzustreben, auch um das oben genannte Thrombose- und Embolierisiko gering zu halten. Nach Entlassung sollten sie belastende Aktivitäten wie Sport für vier Wochen gänzlich meiden. Schweres Tragen und Radfahren ist für drei Monate zu meiden. Nach Entlassung ist die Vorstellung bei Ihrem Urologen unerlässlich, um eine fachkundige Kontrolle und Tumornachsorge zu gewährleisten. Bei Komplikationen oder Beschwerden im Zusammenhang mit der durchgeführten Operation, sowie späteren Schwierigkeiten, welche Sie gemeinsam mit Ihrem Urologen nicht lösen können, stehen wir Ihnen selbstverständlich jeder Zeit zur Verfügung.

Häufig gestellte Fragen – FAQ



Organisatorisches

Mit welcher **Aufenthaltszeit** ist zu rechnen?

Sie werden am Tag der Operation stationär aufgenommen. Je nach durchgeführter Operationstechnik und postoperativem Verlauf werden Sie am 3. Oder 4. postoperativen Tag entlassen.

Benötige ich eine **Einweisung** ?

Ja, bitte bringen Sie zur vorstationären Aufnahme, spätestens am Aufnahmetag, eine Krankenhaus-Einweisung von Ihrem Urologen mit (privat versicherte Patienten benötigen keine Einweisung).

Was muss ich **mitbringen** ?

- Kulturbeutel, Kosmetikartikel
- Brillen, Hörgeräte
- Pyjama
- Haus-/Badeschuhe
- Bademantel
- Bequeme Kleidung für die Entlassung
- Alle aktuellen Medikamente incl. Originalverpackung
- (Fehlende) Arztberichte
- die Aufnahmemappe
- ggf. Bücher / Zeitschriften / Notebook

Kann ich auf dem Gelände **parken** ?

Ja. Allerdings fallen für den einwöchigen Aufenthalt Parkgebühren an. Da es ohnehin ratsam ist, sich am Entlassungstag von Angehörigen abholen zu lassen, empfehlen wir NICHT mit dem eigenen PKW anzureisen.

Wie werde ich **untergebracht** ?

Sie werden auf unseren modernen Stationen im Haus 52 untergebracht. Unsere urologische Station 52B verfügt über 2-Bett und 1-Bettzimmer. Zudem bieten wir die Möglichkeit einer Komfort-Unterbringung auf der Station 52 C, die je nach Versicherung ggf. mit Zusatzkosten verbunden sein kann.

Operation / Folgen

Wann und wie findet die **Dichtigkeitsprüfung** statt ?

In der Regel wird am 4. postoperativen Tag eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Etwa 9-11 Tage nach der Operation erfolgt dann die Dichtigkeitsprüfung, bei der über den liegenden Blasenkatheter ein Kontrastmittel in die Blase gefüllt wird. So kann eine etwaige Undichtigkeit zwischen Blase und Harnröhre erkannt werden. Bei dichten Nahtverhältnissen kann der Katheter entfernt werden. Bei wenigen Patienten ist die Naht nach dieser Zeit noch nicht vollständig abgeheilt, sodass der Katheter noch belassen werden muss. Nach etwa 7 Tagen erfolgt dann eine erneute Dichtigkeitsprüfung, woraufhin der Katheter dann fast immer entfernt werden kann. Bitte lassen Sie sich durch eine Undichtigkeit im Röntgen nicht verunsichern! Sie hat absolut keinen Einfluss auf das operative Endergebnis und steht in keiner Verbindung zur postoperativen Kontinenz oder Potenz. Es ist bisher noch nie vorgekommen, dass eine Verbindungsnaht zwischen Blase und Harnröhre nicht dicht geworden ist.

Müssen **Fäden** entfernt werden ?

Nein. Je nach Operation wird heute entweder Klammermaterial verwendet, welches am Tag der Dichtigkeitsprüfung entfernt wird oder es kommen selbstauflösende Nahtmaterialien zum Einsatz.

Werde ich **inkontinent** sein ?

Ja und Nein. Nach Entfernung des Dauerkatheters ist ZUNÄCHST mit unwillkürlichem Urinverlust zu rechnen. Dabei geht jedoch nicht der gesamte Urin verloren, in den meisten Fällen besteht ein geringer bis mäßiger Urinverlust bei körperlicher Anstrengung wie Husten, Niesen, Lachen oder beim Aufstehen aus dem Sitzen. Dieser Urinverlust verschwindet nach und nach. Einige Patienten erlangen bereits nach 1-3 Wochen wieder die vollständige Kontinenz, bei anderen Patienten dauert dieser Prozess bis zu 6 Monaten. Nur sehr selten besteht noch nach 6 Monaten eine Inkontinenz. Generell gilt, dass sich der Schließmuskel bis zu einem Jahr nach Operation erholen kann. Nur in 2-5% der Fälle ist mit einer anhaltenden Inkontinenz zu rechnen, die einer operativen Korrektur bedarf. Sie können zur rascheren Wiedererlangung der Kontinenz durch Beckenbodentraining selbst beitragen.

Wann wird der **Katheter** entfernt?

⇒ Dichtigkeitsprüfung

Wie groß wird die **Narbe** sein?

Die Größe der Narbe hängt von der OP-Technik ab. Bei der konventionell offenen OP-Technik befindet sich die Narbe unterhalb des Bauchnabels und reicht ca. 8-10 cm senkrecht nach unten. Durch moderne Nahttechniken ist nahezu immer ein kosmetisch zufriedenstellendes Ergebnis zu erreichen. Bei der DaVinci-Roboter-assistierte laparoskopischen OP-Technik werden 6 kleinere, etwa 1-3cm durchmessende Narbe zu sehen sein.

Was geschieht nach der Operation beim **Orgasmus**?

Die Sensibilität, also das Gefühlserleben im Genitalbereich bleibt durch die Operation unbeeinträchtigt. Somit ist das Erreichen des Höhepunktes unabhängig von der Potenz, also der Gliedsteife, unbeeinflusst. Allerdings kommt es durch die Durchtrennung der Samenleiter sowie die Entfernung der Prostata und der Samenblasen zu einem „trockenen Orgasmus“. Beim Höhepunkt findet also kein Samenaustritt mehr statt, dennoch bleibt das Orgasmusgefühl erhalten.

Wird durch die Operation der **Penis kürzer**?

Nein. Zu dieser Fragestellung wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Ein Einfluss auf die Länge des Penis durch die Entfernung der Prostata konnte nicht festgestellt werden.

Werde ich **impotent** sein?

Generell gesprochen wird die Potenz durch die Entfernung der Prostata mit Sicherheit nicht besser. Etwaige vorbestehende Potenzprobleme können sich trotz nerverhaltender Operationstechnik und aller gebotener Vorsicht verschlechtern. Patienten mit uneingeschränkter Potenz, welche aufgrund der Tumorsituation beidseits nerverhaltend operiert werden können, können in ca. 85% der Fälle auch nach der Operation uneingeschränkten Geschlechtsverkehr ausüben, wobei ca. ein Viertel der Patienten dabei medikamentöse Unterstützung benötigen. Im Falle einer nur einseitigen Nerverhaltung erreichen ca. 70% der Patienten eine für den Geschlechtsakt ausreichende Gliedsteife, wobei dann über 50% der Patienten entsprechende Medikamente benötigen. Sollte aufgrund der Tumorsituation keine Nerverhaltung möglich sein, ist in nahezu allen Fällen mit dem Verlust der Potenz zu rechnen.

Während des Aufenthaltes

Muss ich am Entlassungstag *abgeholt* werden?

Die meisten Patienten sind zum Zeitpunkt der Entlassung körperlich bereits wieder in gutem Zustand, sodass prinzipiell eine Abreise auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Taxi möglich ist. Sie dürfen auch selbst Auto fahren. Da Sie jedoch nicht schwer tragen sollten (Gepäck), sollten Sie sich, wann immer dies zu organisieren ist, möglichst abholen lassen.

Gibt es strikte *Besuchszeiten*?

Die besten Zeiten für Besuche sind zwischen 14 und 20 Uhr, da morgens und vormittags Anwendungen, Untersuchungen, sowie die Visite etc. stattfinden. Bitten Sie Ihren Besuch, möglichst zu diesen Zeiten vorbei zu kommen. Wir bitten Sie zudem, aus Rücksicht auf Ihre Zimmernachbarn, möglichst nur zwei Besucher auf einmal einzuladen.

Wann findet die *Entlassung* statt?

Wir entlassen Patienten an allen Tagen der Woche, also auch samstags und sonntags. In der Regel findet die Entlassung zwischen 9 und 11 Uhr statt. Sollten Sie jedoch schon früher oder erst nachmittags abreisen wollen, lässt sich dies in vielen Fällen einrichten. Prinzipiell werden Sie erst dann entlassen, wenn es medizinisch vertretbar ist und Sie es sich zutrauen!

Bekomme ich einen *Entlassungsbericht*?

Bei Entlassung erhalten Sie einen vorläufigen Arztbericht, indem die Daten Ihres Aufenthaltes, sowie die durchgeführte Operation sowie Besonderheiten im postoperativen Verlauf vermerkt sind. Das feingewebliche Untersuchungsergebnis (pathologischer Befund / histologischer Befund) sind darin meist noch nicht vermerkt, da dieser häufig erst nach Ihrer Entlassung eintrifft
⇒ *pathologischer Befund*.

Kann ich im Zimmer mein *Handy* verwenden?

Ja. Sie dürfen Ihr Mobiltelefon im Zimmer verwenden. Nehmen Sie jedoch bitte Rücksicht auf Ihre Zimmernachbarn.

Gibt es auf den Stationen *Internetzugang/WLAN*?

Auf den Stationen ist kostenloses WLAN verfügbar.

Wo erhalte ich eine *Krankschreibung*?

Krankschreibungen (gelber Schein) dürfen für eine Woche nach Aufenthalt vom Krankenhaus ausgestellt werden. Die weitere Krankschreibung für den Arbeitgeber muss Ihr Hausarzt/Urologe vornehmen.

Gibt es in den Zimmern *Telefon/Fernsehen*?

Ja. Jedes Zimmer ist mit Telefon und Fernsehen und Radio ausgestattet. Fernsehen und Telefon sind gebührenfrei, der Radioempfang kann kostenlos genutzt werden. Nähere Informationen erhalten Sie bei der stationären Anmeldung.

Wann finden *Visiten* statt?

Die Visite findet morgens ab ca. 7:15 Uhr statt. Hierbei handelt es sich um eine Kurzvisite mit den Oberärzten, die hauptsächlich dem Informationsaustausch zwischen dem Stations- und Oberarzt dient. Es werden Entscheidungen über Behandlungsabläufe und notwendige Maßnahmen getroffen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass im Rahmen dieser Visiten meist keine Zeit für die

ausführliche Beantwortung Ihrer Fragen zur Verfügung steht. Der jeweils zuständige Stationsarzt wird sich diesen im Laufe des Vormittags jedoch gerne annehmen, wird notwendige Maßnahmen durchführen und steht Ihnen bei Rückfragen auch gerne zur Verfügung.

Nach der Entlassung / Nachsorge

*Ist eine **Anschlussheilbehandlung** sinnvoll?*

Das hängt ganz von Ihnen ab! Eine AHB steht Ihnen nach der radikalen Prostatektomie auf jeden Fall zu. Jedoch nehmen dieses Angebot nicht alle Patienten in Anspruch. Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) dauert in der Regel drei Wochen und wird ca. eine Woche nach Katheterentfernung begonnen. In der AHB erlernen Sie die Beckenbodengymnastik und erhalten ganzheitliche Anwendungen, um Ihre Genesung zu fördern. Vielen Patienten geht es nach Entlassung aus dem Krankenhaus aber bereits wieder so gut, dass sie nicht weitere drei Wochen in einer Klinik verbringen wollen und den wichtigsten Punkt, die Beckenbodengymnastik, lieber ambulant erlernen. Andererseits bringt die AHB auch viele Vorteile und ermöglicht eine Genesung fernab jeden Alltags-Stress. Ob eine AHB für Sie richtig ist, entscheiden Sie selbst. Denken Sie aber bitte daran, dass eine AHB während des stationären Aufenthaltes beantragt werden muss.

*Wann soll ich mit **Beckenbodengymnastik** beginnen und wer erklärt diese?*

Die Beckenbodengymnastik ist absolut sinnvoll und kann den Zeitraum bis zum Wiedererlangen der vollständigen Kontinenz deutlich verkürzen. Mit den Übungen kann erst nach der Entfernung des Dauerkatheters begonnen werden. Wir empfehlen jedoch nicht sofort nach Katheterentfernung mit dem vollen Training zu beginnen. Beobachten Sie zunächst für ca. eine Woche den Verlauf und wie ausgeprägt der Urinverlust überhaupt ist. Überfordern Sie nicht den noch in Heilung befindlichen Muskel mit zu ehrgeizigem Training. Beginnen Sie langsam und entsprechend Ihrer Belastbarkeit. Die Übungen im Einzelnen werden im Rahmen der Anschlussheilbehandlung gezeigt und vermittelt. Sollten Sie sich gegen eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) entscheiden, können Sie die Übungen auch im Rahmen einer ambulanten AHB oder bei einem Physiotherapeuten (Krankengymnast) erlernen. Fragen Sie uns oder Ihren Urologen.

*Sollte ich eine bestimmte **Diät** einhalten?*

In den letzten Jahren wurden die Ergebnisse zahlreicher großer internationaler Studien mit zum Teil hunderttausenden Probanden veröffentlicht, in denen der Zusammenhang zwischen Ernährung, Nahrungsergänzungsmitteln (z.B. Vitaminpräparate, Spurenelemente) und Krebserkrankungen untersucht wurden. Hierbei konnte keine spezielle Diät und kein Medikament als sicher hilfreich identifiziert werden. Häufig im Internet angebotene Anweisungen zu „Krebs-Diäten“ oder Präparaten mit protektiven Eigenschaften sind als äußerst kritisch und häufig als betrügerisch zu werten. Ernähren Sie sich ausgewogen und gesund nach Ihrem Geschmack!

*Ab wann darf ich **Geschlechtsverkehr** ausüben?*

Sobald Sie sich danach fühlen.

*An wen wende ich mich bei **Komplikationen**?*

Sollte es wider Erwarten nach Entlassung zu Komplikationen, z.B. zu Nachblutungen, Schmerzen, Fieber, verstopftem Katheter oder Wundheilungsstörungen kommen, können Sie sich zu jeder Tages- und Nachtzeit an uns wenden. Stellen Sie sich ggf. über unsere Rettungsstelle vor. Bei nicht zu dringlichen Problemen hilft Ihnen sicherlich auch Ihr niedergelassener Urologe weiter.

*Worauf sollte ich bei **körperlicher Aktivität / Sport** achten?*

Da im Rahmen der operativen Prostataentfernung ein Teil der Bauchmuskulatur durchtrennt werden muss, sollten Sie schweres Tragen und Anheben von Gegenständen für ca. drei Monate verzichten. Sie sollten nach Möglichkeit nicht viel mehr als 5kg anheben. Ein halber Sprudelkasten ist also fast

schon zu viel! Vermeiden Sie während dieser Zeit bitte alle Tätigkeiten, welche die Bauchmuskulatur stark beanspruchen (z.B. Rudern, Sit-ups, Muskelaufbautraining). Außerdem sollten Sie Radfahren ebenfalls für drei Monate meiden, da der Sattel des Fahrrads besonders den Damm und damit indirekt die Verbindungsstelle zwischen Harnröhre und Blase beansprucht. Spaziergänge, Joggen, Schwimmen, Golf, Tennis etc. sind nach abgeschlossener Wundheilung wieder möglich. Nach Ablauf der drei Monate können Sie allen Tätigkeiten wie gewohnt nachgehen.

*Wie häufig sollten **Nachsorgeuntersuchungen** stattfinden?*

Nach der Entlassung bzw. nach der Anschlussheilbehandlung stellen Sie sich erstmals wieder bei Ihrem Urologen vor. Er wird das pathologische Ergebnis, sowie die weitere Nachsorge mit Ihnen besprechen und planen. Die erste richtige Nachsorge mit Bestimmung des PSA-Wertes etc. findet normalerweise ca. 12 Wochen nach der Operation statt. In den ersten zwei Jahren sind dann vierteljährliche Nachsorgeuntersuchungen vorgesehen. Im 3. und 4. Jahr nach Operation sind halbjährliche, danach jährliche Untersuchungen, jeweils mit PSA-Bestimmung, empfohlen. Bildgebende Verfahren (CT, Knochenszintigraphie) werden nur bei entsprechenden Symptomen durchgeführt.

Verwenden Sie dazu gern den beiliegenden **Nachsorgepass** und lassen von Ihrem niedergelassenen Urologen Ihre Daten, Therapien usw. eintragen. So haben Sie und Ihr behandelnder Arzt einen praktischen Überblick.

*Wer betreut mich **nach der Operation**?*

Für alle Schwierigkeiten und Probleme die im direkten Zusammenhang mit der Operation zu sehen sind, sind wir selbstverständlich jeder Zeit für Sie erreichbar und zuständig. Die Nachsorgeuntersuchungen und Koordination weiterer Therapien hingegen übernimmt Ihr niedergelassener Urologe. Reguläre Nachsorgeuntersuchungen können in der Klinik nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden.

*Wann und wo erfahre ich den **pathologischen Befund**?*

Der feingewebliche Untersuchungsbefund, welcher letztlich für das weitere Vorgehen sowie die Prognose entscheidend ist, geht uns ca. 7 Werktage nach Operation zu. Gelegentlich müssen spezielle Untersuchungen durchgeführt werden, was das Ergebnis bis zu einer weiteren Woche verzögern kann. Bitte lassen Sie sich dadurch nicht beunruhigen. Unmittelbar nach Eingang des Befundes setzen wir schriftlich Ihren Urologen über den Befund in Kenntnis und rufen Sie in besonderen Fällen direkt an.

*Wann soll erstmals wieder der **PSA-Wert** bestimmt werden?*

Im Rahmen der Nachsorge spielt der PSA-Wert eine übergeordnete Rolle, da er ein Wiederauftreten des Prostatakrebses frühzeitig anzeigen kann. Eine vorzeitige Bestimmung des PSA-Wertes nach der Operation macht hingegen keinen Sinn, da das PSA erst mit einer gewissen Zeitverzögerung vom Körper abgebaut wird und daher zu verwirrenden Ergebnissen führen kann. Die erste reguläre PSA-Bestimmung macht daher erst ca. 12 Wochen nach der Operation Sinn.

*Ist es sinnvoll **Viagra®/Levitra® etc.** einzunehmen ?*

Bis vor einiger Zeit wurde nach Entfernung der Prostata generell und zum Teil unmittelbar nach der Operation zur Einnahme potenzfördernder Medikamente geraten, da eine Art „Trainingsaspekt“ vermutet wurde und man annahm, dass eine längere Phase ohne Erektionen zu einem „Verkümmern“ der Schwellkörper führen konnte. Dies hat sich jedoch nicht bestätigt. Wir empfehlen heute eine bedarfsgesteuerte Einnahme von solchen Medikamenten. Das bedeutet für Sie, zunächst zu beobachten, ob und in welchem Umfang Schwierigkeiten mit der Potenz auftreten. Wenn es zu einer störenden Verschlechterung der Erektionsfähigkeit kommt, können potenzfördernde Mittel eingenommen werden. Ihr Urologe wird Sie dementsprechend beraten. Die verfügbaren Medikamente sind heute sehr sicher und dürfen nur in wenigen Ausnahmefällen bei herzkranken Patienten nicht verabreicht werden. Scheuen Sie sich daher bitte nicht Ihren Urologen bei entsprechenden Problemen nach solchen Medikamenten zu fragen. Bedauerlicherweise werden die

Kosten für potenzfördernde Medikamente in der Regel von den Krankenkassen jedoch nicht übernommen.

*Wo bekomme ich **Vorlagen**?*

Einlagen / Vorlagen erhalten Sie in unterschiedlichen Größen, je nach Bedarf und Höhe des Urinverlusts in Apotheken und Sanitätshäusern. Ihr Urologe kann Ihnen diese zum Teil auch verschreiben. Günstiger als in Ladengeschäften sind Vorlagen häufig im Internet zu beziehen.

Wissenschaft

*Wie werden meine **Daten** verwendet?*

Wenn Sie der wissenschaftlichen Auswertung Ihrer Daten zustimmen, werden diese hierbei besonders das Tumorstadium, die Ausdehnung des Tumorherdes sowie die PSA- und Biopsiebefunde ausgewertet. Zudem werden Informationen über die durchgeführte Operationstechnik, die postoperative Kontinenz und Potenz sowie ein etwaiges Wiederauftreten der Erkrankung erhoben.

*Werde ich über **Ergebnisse** informiert?*

Nein. Da die Daten aus Sicherheitsgründen unabhängig von Ihrer Person ausgewertet werden, können und dürfen keine Informationen über Erkenntnisse aus Ihren Informationen an Sie weitergegeben werden.

*Wie häufig sind **Fragebögen** auszufüllen?*

Wir bitten Sie zum vorstationären Aufnahmetermin den ausgefüllten Fragebogen mit zu bringen. Danach erlauben wir uns, Ihnen ca. nach 6 Monaten nach Operation, sowie jährlich über 5 Jahre nach Operation einen Fragebogen zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Lebensqualität zuzusenden. Bei besonderer Fragestellung versuchen wir ggf. Sie telefonisch zu erreichen. Sollten Sie sich zu einem späteren Zeitpunkt gegen die Teilnahme entscheiden, können Sie selbstverständlich jeder Zeit widersprechen.

*Werde ich anders behandelt, wenn ich **nicht zustimme**?*

Auf gar keinen Fall! Es handelt sich bei unserer Wissenschaftsarbeit nicht um Studien, d.h. wir unterscheiden nicht zwischen den einzelnen Behandlungsmethoden. Vielmehr wollen wir die operative Therapie der Prostata mit allen Möglichkeiten verbessern und sind daher darauf angewiesen zu erfahren, wie es Ihnen nach der Operation ergeht. Sollten Sie dies jedoch nicht wünschen, so hat dies keinerlei Einfluss auf Ihre Behandlung!

*Was habe ich von der **wissenschaftlichen Auswertung**?*

Sie persönlich werden von der wissenschaftlichen Auswertung nicht direkt profitieren. Jedoch hat es uns die Analyse vieler tausend Patientendaten vor Ihnen ermöglicht, Sie heute so schonend und erfolgversprechend zu behandeln. Wir müssen uns jedoch weiterhin verbessern. Daher bitten wir Sie um Zustimmung zur Auswertung Ihrer Daten und um Ihre Kooperation zum Wohlergehen nachfolgender Patienten.

*Kann ich von der Teilnahme an der **wissenschaftlichen Auswertung** zurücktreten?*

Sollten Sie sich zu einem späteren Zeitpunkt gegen eine weitere Teilnahme in unserem Programm zur Qualitätssicherung entscheiden, so können Sie selbstverständlich jeder Zeit davon zurückziehen. Ihnen wird dadurch keinerlei Nachteil entstehen. Ihre bisherigen Daten werden auf Ihren Wunsch hin gelöscht.

Besteht die Möglichkeit an **Studien** teil zu nehmen?

Wir führen auch wissenschaftliche Studien durch. Sollten Sie als Studienteilnehmer in Frage kommen, wird Sie unsere Studienassistentin direkt kontaktieren.

Glossar

A-Z

Active Surveillance	Aktive Überwachung. Strategie zur Behandlung des Prostatakrebses bei der die Erkrankung zunächst nur beobachtet und nur im Falle eines raschen Voranschreitens behandelt wird.
AHB (Anschluss-Heilbehandlung)	Eine Art Kur, die zur Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit dient und sich, meist mit kurzem zeitlichen Abstand, an den Krankenhausaufenthalt anschließt. Die AHB dauert in der Regel drei Wochen und muss während des stationären Aufenthaltes beantragt werden.
Beckenbodengymnastik	Spezielle Übungen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur und damit auch des Schließmuskels zur Vermeidung von unwillkürlichem Urinverlust.
Brachytherapie	Eine besondere Form der Bestrahlung, bei der kurzfristig strahlende Körper über Hohlnadeln in die Prostata eingebracht und wieder entfernt werden. Somit können kurzfristig höhere Strahlendosen zur Abtötung von Krebszellen direkt in der Prostata erreicht werden.
Ejakulation	Samenerguss
Embolie	Blutgerinnsel im arteriellen Blutgefäßsystem, das zum Gefäßverschluss führen kann.
Erektion	Gliedsteife
Gefäß-Nervenbündel	Eine lockere Bindegewebsschicht die sich an den beiden Seiten der Prostata befindet und Nerven enthält, die für die Steuerung der Gliedsteife verantwortlich sind.
Gleason-Score	Pathologische Einteilung des Prostatakrebses anhand des Wachstumsmusters des Prostatakrebses. Es lässt Rückschlüsse auf die Aggressivität und das zu erwartende weitere Verhalten der Erkrankung (Prognose) zu.
Hormontherapie / Antiandrogene	Eine Form der Therapie des Prostatakrebses, in der man sich zu Nutze macht, dass die Krebszellen in Abhängigkeit des männlichen Geschlechtshormons wachsen. Durch Unterdrückung dieses Hormons (Testosterons) kann das Krebswachstum stark verlangsamt werden.
Inkontinenz	Unwillkürlicher Urinverlust
PDE-5-Inhibitoren	Wirkstoffgruppe von Medikamenten die zur Förderung der Potenz eingesetzt werden (Viagra®, Levitra®, Cialis®...)

Potenz

Gemeint ist meist die „Potentia coeundi“, die Gliedsteife und damit die Möglichkeit des penetrierenden Geschlechtsverkehrs.

Prostata

Vorsteherdrüse. Sie liegt unmittelbar unterhalb der Harnblase des Mannes und wird von der Harnröhre durchzogen. Sie liefert ca. 90% der Samenflüssigkeit beim Samenerguss.

PSA (Prostata-spezifisches Antigen)

Ein Eiweiß, das in Prostatazellen gebildet wird und sowohl bei gutartigen als auch bösartigen Prostataerkrankungen erhöht sein kann. Beim Prostatakrebs dient es zudem zur Nachsorge und zur Erkennung eines Wiederauftretens der Erkrankung.

Radiatio

Bestrahlungsbehandlung

Rezidiv

Wiederauftreten / Rückfall der Krebserkrankung nach zunächst erreichter Heilung.

Seeds

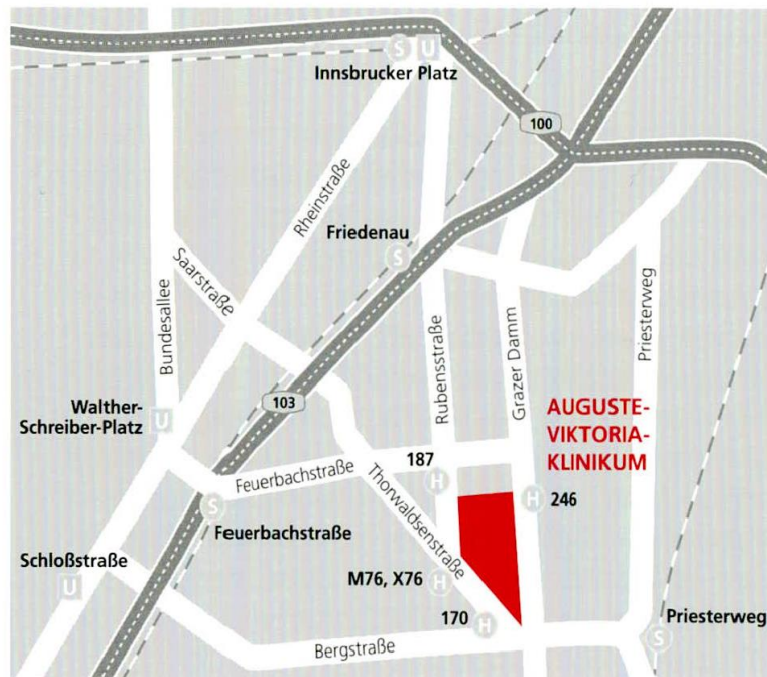
Kleine strahlungsaktive Körper, die unmittelbar in die Prostata eingesetzt werden und dort über einen längeren Zeitpunkt Strahlung zur Abtötung von Krebszellen erzeugen.

Skelett- / Knochenszintigraphie

Spezielle Untersuchung bei der eine radioaktiv markierte Substanz über die Blutbahn verabreicht wird. Diese reichert sich im Skelettsystem unterschiedlich schnell und stark an. So können bösartige Absiedlungen im Knochen erkannt werden.

Thrombose

Blutgerinnsel im venösen Blutgefäßsystem, das zum Gefäßverschluss führen kann.



Wie komme ich zum Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum?

S 1 Feuerbachstr., weiter mit dem Bus M 76 bis Bushaltestelle Cranachstr. oder Bus X 76 bis Bushaltestelle Auguste-Viktoria-Klinikum Süd

S 2, S 25 Priesterweg, weiter mit dem Bus M 76/ X 76 bis Bushaltestelle Auguste-Viktoria-Klinikum Süd

Bus 170 bis Bushaltestelle Insulaner

Bus 246 bis Bushaltestelle Brüggemannstraße

U 9 Walther-Schreiber-Platz, weiter mit dem Bus M 76/X 76 bis Bushaltestelle Auguste-Viktoria-Klinikum Süd

S 41, S 42, U 4 ab Innsbrucker Platz, weiter mit dem Bus 187 bis Bushaltestelle Auguste-Viktoria-Klinikum

Kontaktmöglichkeiten

Chefsekretariat MU Dr.Dr.h.c. M. Zacharias

Tel.: 030.130-202541

Urologisches Aufnahmebüro / Terminvereinbarung Aufnahme

Montag bis Freitag 08.00-16.00 Uhr

Tel.: 030 130 202419

Station 52 B (Urologische Station)

Tel.: 030.130-202682

Tel.: 030.130-202150

Komfortstation (Interdisziplinär)

Station 52C

Tel.: 030.130-208495

Notaufnahme (24h)

Tel.: 030.130-202111

E-Mail

uroonkologischeszentrum.avk@vivantes.de



Das Krankheitsbild Krebs

Liebe Patientin, lieber Patient,

durch unkontrolliertes Zellwachstum entsteht Gewebe, das als Krebs oder bösartiger Tumor bezeichnet wird. Bei dieser Krankheit und ihren Therapieformen (Strahlen- und Chemotherapie) können vielfältige Nebenwirkungen auftreten.

Praxisempfehlungen:

- Integrieren Sie Bewegung in Ihren Alltag. Regelmäßige Bewegung fördert den Appetit und die Verdauung, wirkt der Erschöpfung entgegen und stärkt Ihr Immunsystem. Besonders ein leichtes Krafttraining (z. B. im Rahmen der Physiotherapie) ist zum Erhalt der Muskulatur empfehlenswert.
- Vermeiden Sie starke psychische oder körperliche Belastungen.
- Verzichten Sie möglichst auf Nikotin und Alkohol.
- Achten Sie auf eine gute Mundpflege, um das Risiko einer Mukositis (Schleimhautentzündung) zu verringern. Verwenden Sie dabei eine weiche Zahnbürste und eine milde Zahnpasta (evtl. Kinderzahncreme). Reinigen Sie ggf. Ihre Zahnprothese nach jeder Mahlzeit. Unterstützend wirken können entzündungshemmende Spülungen mit Salbeitee.
- Führen Sie eine besondere Hautpflege durch (häufiger Luftkontakt, lauwarmes Wasser verwenden, keine mechanische Belastung).
- Kontrollieren Sie wöchentlich Ihr Gewicht und informieren Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, falls Sie einen Gewichtsverlust bemerken.

Ernährungsinformationen:

Krebszellen arbeiten im sogenannten Tumor-Stoffwechsel. Im Vergleich zum Gesunden wird mehr Eiweiß aus der Muskulatur ab- und umgebaut. Der Eiweißbedarf kann so auf etwa das Doppelte ansteigen. Bei ausgeprägter Entzündung kann der Eiweißbedarf sogar noch höher liegen. Die Ernährung sollte deshalb reich an Eiweiß (Protein) sein.

Eine spezielle Ernährungsweise, die den Krebs besiegt oder heilt, gibt es leider nicht. Bei der Ernährung während der Krebserkrankung ist vor allem wichtig, den Körper mit allen wichtigen Nährstoffen und ausreichend Energie für den Kampf gegen die Krankheit zu versorgen. Einseitige und restriktive Ernährungsweisen oder Diäten sollten vermieden werden. Zudem sollten Sie sich passend zu Ihrer individuellen gesundheitlichen Situation ernähren. Eine kompetente ernährungstherapeutische Beratung kann Sie dabei berücksichtigen.

Diese Hinweise ersetzen in keinem Fall eine kompetente Ernährungsberatung.

Version	Erstellt	Freigegeben durch ZEM:	Gültig bis:	Seite
3.0	01.05.2016	09.12.2022	09.12.2025	1/2

Grundsätzlich sollten Sie sich an einer ausgewogenen und leicht verdaulichen Kost orientieren und dabei folgende Punkte berücksichtigen:

- Essen Sie vielseitig und abwechslungsreich. Nutzen Sie die Lebensmittelvielfalt und essen Sie, wann immer Ihnen danach ist.:
- Achten Sie auf eine eiweißreiche Ernährung. Jede Mahlzeit sollte eine eiweißhaltige Komponente enthalten. Eiweißreiche Lebensmittel sind: Milchprodukte wie Käse und Quark, Hülsenfrüchte wie Bohnen oder Linsen, Eier, Fisch, Nüsse und Samen wie Cashewkerne oder Mandeln sowie Fleisch. Geflügelfleisch ist generell günstiger als rotes Fleisch von Schwein oder Rind.
- Nehmen Sie mehrere kleine Mahlzeiten pro Tag ein. Zusätzlich zu den drei Hauptmahlzeiten sind zwei bis drei Zwischenmahlzeiten (z. B. ein 2. Frühstück, ein Nachmittagssnack, eine Spätmahlzeit) empfehlenswert.
- Verwenden Sie alle Lebensmittel, die Sie gut vertragen.
- Genießen Sie täglich etwa fünf Portionen Gemüse und Obst. Falls Sie rohe Früchte nicht gut vertragen, können Sie auf gedünstetes oder gedämpftes Gemüse sowie Obstpüree zurückgreifen.
- -Achten Sie auf eine ausreichende Trinkmenge. Der Flüssigkeitsbedarf ist von verschiedenen Faktoren abhängig und beträgt meist 1,5 bis 2,5 Liter pro Tag.
- Wenn es Ihnen schwer fällt, Ihr Gewicht zu halten, sollten Sie Lebensmittel mit einer hohen Energiedichte wie Hartkäse, Nüsse oder Trockenfrüchte bevorzugen. Zudem können Sie den Energiegehalt Ihrer Speisen durch Anreichern erhöhen, z. B. Brokkolicremesuppe mit Sahne, Kräuterkartoffelpüree mit Butter oder buntes Ofengemüse mit Olivenöl.

Sollte es Ihnen nicht gelingen, sich über eine normale Ernährung ausreichend zu ernähren, gibt es die Möglichkeit zur ärztlichen Verordnung einer vollbilanzierten Trinknahrung. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Geschmacksrichtungen in flüssiger Form, als Pulver oder Pudding. Als Ergänzung zur normalen Ernährung oder als Ersatz (z. B. bei Schluckstörungen) dienen Trinknahrungen dazu, Ihren Ernährungszustand zu erhalten oder zu verbessern. Nahrungsergänzungsmittel wie Vitaminpräparate sollten Sie nur nach ärztlicher Rücksprache einnehmen, da diese die Wirkungen von Strahlen- und Chemotherapie beeinflussen können.

So genannte „Krebsdiäten“ sind nicht zu empfehlen. Bisher gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg für deren Wirksamkeit. Zudem sind viele dieser Diäten sehr restriktiv, was die Entstehung einer Mangelernährung begünstigen kann. Ernährung kann Krebs nicht heilen, aber Ihren Körper für die Bekämpfung der Erkrankung stärken. Mit einer auf Ihre individuelle Situation angepassten Ernährungsweise können Sie Ihre Therapievoraussetzungen und damit Ihre Prognose verbessern.

Für Ihren weiteren Weg wünschen wir Ihnen alles Gute.

Herzlichst
Ihr Team des Zentrums für Ernährungsmedizin und Diabetologie

Diese Hinweise ersetzen in keinem Fall eine kompetente Ernährungsberatung.

Version	Erstellt	Freigegeben durch ZEM:	Gültig bis:	Seite
3.0	01.05.2016	09.12.2022	09.12.2025	2/2

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 Blasen-katheters 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.

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

Pflegerische Information zur Entlassung nach Radikaler Prostatektomie

Sie erhalten zur Entlassung die aufgeführten Punkte von den Pflegekräften der Station erläutert.

Hier die wichtigsten Punkte, die Sie zur Entlassung beachten müssen:

- **Manipulation des Blasenkatheters** (= BK) bzw. des ableitenden Systems bei Verstopfung oder Ansaugen des BK an der Blasenwand gibt es folgende Möglichkeiten. Halten Sie mit der einen Hand den Schlauch des Beinbeutels etwa in der Mitte abgeknickt und legen den zum BK führenden Anteil in die andere Hand und versuchen mit den vier Fingerkuppen kräftig 1 – 3 x zu pumpen. Dies verursacht einen leichten Reiz in der Blase, ist aber unschädlich. Der im BK verbliebene Urin wird in die Blase zurückgedrängt und löst den Pfropf / Koagel (Blut- oder Zellbestandteile) an der Lochung oder löst das innen liegende Katheterende von der Blasenwand ab. Möglicherweise hat sich die Lage des Katheters verändert und die Blasenwand wird vom sogenannten Flusssog wieder angezogen. Dann gilt es, den BK mit ableitendem System frei hängen zu lassen, erneut kräftig zu pumpen und im selben Moment den BK vorsichtig 15 – 30° zu drehen um die Lage der Katheterspitze zu verändern. Bitte ohne ziehen oder hineindrücken.
- **Harndrang** – Medikation und sonstige Verhaltensweisen im Gespräch klären (Trinken stoppen bis Harndrang gebessert) und entsprechend Bedarfsmedikation mitgeben
- **Katheterentfernungstag** – Hinweis auf Vorgehensweise, grober Ablauf (Zeit: 3 – 4 Stunden kalkulieren) und Hinweis auf Beratung am Ambulanztag
- **Beinbeutelumgang** – Instruktionen des Vortages (Anbringung) auf Plausibilität hinterfragen, Beinbänder nicht zu eng anlegen! / Thrombosegefährdung
- **Einnahme der Schmerzmedikation im Bedarfsfall**
- **Unwohlsein (suspekt) / Fieber / Geruchszunahme Urin / Kurzatmigkeit / Rötung u./o. Schwellung (Beine / Hoden / Naht)** – Arzt konsultieren ggf. Vorstellung in der Rettungsstelle
- **Mobilität** – richtige Balance zwischen sich bewegen und ruhen / Thrombosegefährdung – Hinweis auf Bewegungseinheiten bei längerem Sitzen (nach ca. 45 min. 10 – 15 min. laufen bzw. Muskelpumpe im Liegen betätigen)
- **Sportliche, körperliche Belastung** – „Nachsorgemappe“, ggf. Beispiele: Schwimmen erst 4 Wochen postop., Fahrradfahren Beginn 12 Wochen postop.
- **Sitzen – Empfehlung zu Sitzutensilien / Dammschmerz + Sitzdauer** (ggf. Kissen oder Ring ... individuelle Ausrichtung) Arbeiten am Schreibtisch immer durch kurze Spaziergänge unterbrechen! S. unter Mobilität.
- **Trinkmenge Minimum 1500 ml / Tag** (lt. Nachsorgemappe / bei hoher Transpiration eher + 500 ml) – überwiegenden Anteil bis ca. 18.00 h – zur Nacht hin reduzieren
- **Erforderliche Materialien** bis BK-ex-Termin – Netzhosen (Fixierung / Lenken des BK / Hodenhochlagerung) persönliche Unterhosen prüfen – geeignet zum Drüberziehen, Kompressen und seifenfreie Waschlotion.
- **Patienteninformation** „Durchführung einer subkutanen Injektion“ mitgegeben

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte vor Ihrer Entlassung an das Pflegepersonal der Station.