

# Die optimale Rehabilitation

## Die Rehabilitation

Rehabilitation ist die bestmögliche Wiederherstellung des Allgemeinbefindens nach einer Operation und die bestmögliche Wiederherstellung verlorener oder gestörter körperlicher wie seelischer Funktionen. Der Begriff Rehabilitation vereint also ganzheitlich sowohl körperliche als auch seelisch-geistige Aspekte. In der Rehabilitation von Patienten nach und mit Prostatakarzinom geht es besonders um Behandlungsfolgen und um eine Ergänzung der ambulanten Nachsorge. Daneben spielt der Gedanke eine Rolle, die körperlichen Abwehrkräfte gegen den Krebs zu aktivieren.

## Psychosoziale Aspekte der Prostataerkrankung

„Psychosozial“ ist ein weiter Begriff, der die Gesamtheit des seelischen Befindens, die Beziehungen und Kontakte eines Menschen sowie seine Lebensbedingungen und seine Lebensqualität umfasst. Was hat die Prostata mit der Seele zu tun? Unter Seele, Psyche, wird in der Medizin die Gefühlswelt eines Menschen verstanden. Wenn die Prostata nicht stört, nimmt ein Mann von ihr keine Notiz. Doch wenn sie krank wird und behandelt werden muss, hat das Auswirkungen auf das Befinden.

Krankheit bedeutet immer eine Störung des körperlichen und seelischen Befindens. Wenn ein Mensch sich anders als gewohnt sieht und erlebt, hat das zwangsläufig Auswirkungen auf das Zusammenleben mit anderen Menschen, auf die Sozialkontakte: Die Beziehungen können besser und intensiver werden, manchmal aber auch schwieriger.

## Der Diagnose-Schock

Die eben geschilderten Selbstverständlichkeiten werden von manchen Männern, die durch die Diagnose „Prostatakarzinom“ geschockt worden

sind, ignoriert, verleugnet, verdrängt. Das kann anfangs sinnvoll und notwendig sein. Nicht wenige Menschen fühlen sich nach der Diagnose wie betäubt. Das steckt dahinter, wenn jemand sagt: „Ich war überrascht, wie kühl ich reagiert habe.“ Dabei handelt es sich um einen Selbstschutz, den viele aus Krisensituationen kennen. Beispielsweise reagieren viele an einem Unfallort ruhig und vernünftig und wundern sich nachher über ihr tadelloses Funktionieren. Die eigentliche Auseinandersetzung mit den Gefühlen des Schreckens setzt dann oft erst später ein, wenn die eigentliche Gefahr vorbei ist. Die emotionalen Aspekte des Erlebten auf Dauer zu ignorieren, kann jedoch dazu führen, dass die Auswirkungen auf Seele und Beziehungen unverarbeitet bleiben und sozusagen verewigt werden.

Andere erleben den Schock sofort. Die Diagnose Krebs kann zunächst den Boden unter den Füßen wegziehen. Sie wird häufig wie ein Todesurteil erlebt; denn Krebs löst noch heftigere Gedanken und Empfindungen aus als andere lebensbedrohliche Erkrankungen: Das radikale Infragestellen der eigenen Zukunft, böse ausgemalte Perspektiven schmerzhaften Siechtums, die mögliche Entwertung des bisherigen Lebens und Zerstörung von Lebensentwürfen sowie drohende Behandlungsfolgen überfordern zunächst prinzipiell jeden Menschen.

Die Gedanken und Gefühle sind oft so stark, dass kaum Raum für anderes bleibt, Kopf und Herz nur noch von diesem Thema beherrscht werden und Abschalten nicht gelingen will. Ohne ärztliche Hilfe und Führung und ohne Beistand von anderen Menschen beginnt man schnell, sich im Kreise zu drehen, hilflos immer wieder über das Gleiche zu grübeln. Das Wort Krebs auf sich selbst beziehen zu müssen, löst Gefühle aus, die niemand vorhersagen oder vorschreiben kann.

Es gibt keine falschen Gefühle, jeder Mensch ist anders. Dem Toben solcher Gefühle, wie Angst, Wut, Traurigkeit, Ohnmacht, ist ein Mensch oft hilflos ausgeliefert. Kaum jemand kann dann ruhig schlafen. Im Gegenteil: Gerade nachts, wenn wir müde und erschöpft sind, können diese unerwünschten Gedanken und Gefühle mehr Kraft und Gewalt erlangen, da unsere Abwehrkräfte dann nachlassen.

In einer solchen Situation leidet naturgemäß auch die Gesellschaftsfähigkeit, weil Nicht-Betroffene das Ausmaß der inneren Belastung kaum nach-

vollziehen können, belangloses Alltagsgerede für Sie im Moment keine Rolle spielt oder weil jede Kleinigkeit von außen geeignet ist, das aktuelle Problem wieder aufzurühren, die eigene Fassung zu erschüttern.

Sie werden wahrscheinlich erleben, dass die anfangs häufigeren Gedanken an Tod und Siechtum Ihrer Situation nicht angemessen sind. Wer allerdings versucht, die Gefühle für immer wegzustecken, als sei nichts geschehen, leidet eher länger an ihnen.

## Die Verarbeitung des Diagnose-Schocks

Nach dem Schock kommt irgendwann die Verarbeitung: Man findet eine innere Haltung zur neuen Situation, zu sich selbst, zum Weiterleben. Die seelische und geistige Verarbeitung von Erkrankung und Behandlung ist eng gekoppelt mit dem Verlauf der körperlichen Erholung, Stabilisierung und Rehabilitation. Die Verarbeitung beginnt in der Regel dann, wenn man sich wieder stark genug fühlt. Sie braucht ihre Zeit. Sie sollten sich auf einige Wochen bis Monate einstellen.

Zunächst taucht die Frage auf: Was hilft mir, meine innere Fassung, Stabilität und Sicherheit, mein Vertrauen darauf wiederzuerlangen, dass es für mich eine Zukunft gibt. Die Antwort kann für jeden Menschen anders aussehen. Bei der Verarbeitung des Schocks ist jedes Hilfsmittel recht und erlaubt, das nicht schadet – wie es zum Beispiel übermäßiger Alkoholkonsum tut. Alles, was Ihnen Kraft gibt, ist gut. Entscheidend ist, die Gewissheit wiederzugewinnen, dass es weitergeht, dass diese Krise überwunden werden kann. Nachgewiesenermaßen günstig ist es, wenn Sie Vertrauen in Ihre Behandler und die Hoffnung auf eine gute Zukunft entwickeln oder behalten können.

Der erste Schritt der Verarbeitung ist getan, wenn Sie Ihr inneres Gleichgewicht wiedergefunden haben und vielleicht sagen können: „Ich bin wieder ich selbst.“ Die Erlebnisverarbeitung läuft weitgehend automatisch ab, kann aber durch bewusstes Erinnern, Wieder-Erleben, Einordnen und Analysieren aktiv gefördert werden. Das geschieht am besten gemeinsam mit anderen Menschen, noch besser vielleicht mit ähnlich Betroffenen.

Viele Menschen reagieren auf bestimmte Situationen, wie zum Beispiel Arztbesuche, empfindlicher als vor der Diagnose. Vielen gelingt aber auch, der bösen Erfahrung gute Seiten abzugewinnen. Sie betrachten die Zeit nach der Diagnose als Geschenk. Sie wissen besser als andere, was wirklich wichtig ist im Leben und richten ihr Leben danach aus. Sie berichten, vieles intensiver als vorher zu erleben, insbesondere auch Freude.

Verarbeitung bedeutet also einmal, zur Normalität zurückzufinden. Zum anderen erfordert sie aber zweifellos auch häufig, sich auf Veränderungen einzustellen. Beispielsweise muss die Bedeutung von körperlichen Veränderungen oder Funktionsverlusten, die häufig nur vorübergehend sind, erfasst werden, um Strategien zu finden, wie das Beste daraus zu machen ist.

Ein Unterschied zu dem Leben vor der Diagnose besteht darin, dass Sie nun ein Risiko der vielen Lebensrisiken besonders gut kennen. Das muss kein Nachteil sein.

## Vor der Therapie

Die eigentliche Rehabilitation beginnt bereits mit der Diagnosemitteilung. Sollte Krebs nachgewiesen worden sein, ist das auch für vorbereitete Menschen ein Schock, der sich ganz unterschiedlich äußern kann. Günstig ist, mit einem anderen Menschen über alles offen sprechen zu können, auch über Stimmungen oder Phantasien, die Ihnen sonst fremd erscheinen mögen. Das Sprechen über Befindlichkeiten und Gefühle ist der halbe Weg zur Bewältigung.

Durch die Art und Weise der Diagnosemitteilung wird Ihr weiteres seelisches und soziales Schicksal mitbestimmt. Ihr Arzt sollte Ihnen unbedingt mitteilen, wie begrenzt oder fortgeschritten die Erkrankung ist, welche Therapiemöglichkeiten bestehen. Stellen Sie alle Fragen, die Ihnen wichtig sind. Von der Bereitschaft Ihres Arztes, auf Ihre Fragen einzugehen, können Sie insbesondere ausgehen, wenn er Ihnen diesen Ratgeber ausgehändigt oder empfohlen hat. Empfehlenswert sind Fragen nach dem möglichen Verlauf ohne und mit der jeweils vorgeschlagenen Therapie, um sich über die Bedeutung von Erkrankung und Behandlung klarer zu werden.

Sollten Sie sich dazu zunächst nicht in der Lage fühlen, vereinbaren Sie einen zweiten Termin. Eine Begleitperson ist deshalb empfehlenswert, weil man im nachhinein noch einmal alles besprechen und eventuell ergänzen kann.

Die meisten der vorgeschlagenen Behandlungen treffen Männer im Kern ihrer geschlechtlichen Identität. Bei der radikalen Prostata-Entfernung besteht ein hohes Risiko, die Erektionsfähigkeit zu verlieren, wenn nicht ein besonders frühes Stadium vorliegt, so dass potenzschonend operiert werden kann.

Wichtig zu wissen ist, dass mit dem Verlust der neurovaskulären Bündel lediglich die Blutzufuhr in die Schwellkörper des Gliedes nicht mehr spontan gestartet werden kann. Die Funktionsfähigkeit der Schwellkörper, also die eigentliche Fähigkeit zur Erektion, bleibt erhalten, sie braucht lediglich eine Starthilfe. Außerdem bleibt die Orgasmusfähigkeit erhalten. Weil die Samenflüssigkeit fehlt, die ja von der Prostata gebildet wurde, bleibt ein Orgasmus trocken – es kommt nicht zum Erguss.

Die Auswirkungen der Behandlung auf die sexuellen Funktionen haben einen besonderen Anteil am seelischen Befinden. Manche Männer neigen dazu, jeglichem partnerschaftlichen Körperkontakt aus dem Wege zu gehen, wenn das Glied nicht mehr von alleine steif wird. Das ist schade, der Situation im Grunde nicht angemessen und verhindert eine gute Rehabilitation. Meist wird doch noch viel mehr möglich als anfangs gedacht.

Natürlich sind und bleiben Sie ein Mann! Hüten Sie sich davor, alles von der Gliedversteifung abhängig zu machen. Die männlichen Empfindlichkeiten beim Thema Potenz können dazu führen, dass Männer sich plötzlich auch auf anderen Gebieten gar nicht mehr stark und leistungsfähig fühlen. Welch ein Irrtum! Möglicherweise sprechen Männer darüber zu wenig.

Auch das nicht unerhebliche Risiko einer Schwächung des Blasenverschlusses kann schrecken – in den allermeisten Fällen zu Unrecht. Auch nach längerer Zeit können durch rehabilitative Maßnahmen in einem spezialisierten Zentrum noch etwa 80 bis 90 Prozent aller Inkontinenzprobleme behoben oder wesentlich gelindert werden.

Sollte es notwendig werden, dass männliche Sexualhormone blockiert oder entzogen werden, muss der Vorstellung vorgebeugt werden, dass dies das Ende des Sexuallebens ist. Zwar stellen manche Männer nach der operativen oder chemischen Kastration ihre sexuellen Aktivitäten völlig ein, in der Klinik Quellental haben wir jedoch viele von ihnen erfolgreich sexualmedizinisch rehabilitieren können.

Die Strahlentherapie stellt keineswegs eine nebenwirkungsfreie Alternative zu den gängigen Behandlungsstrategien dar. Ihr Stellenwert wurde bereits dargelegt. Weil man Strahlen nicht sehen und anfassen kann, werden sie leicht unterschätzt. Die Belastung des Gesamtorganismus ist jedoch durchaus mit einer Operation vergleichbar. Wenn bei Ihnen eine Strahlentherapie für sinnvoll und erforderlich gehalten wird, sollten Sie wissen, dass es erhebliche Unterschiede für Bestrahlungsfeld, Bestrahlungsdosis und verwendete Strahlenquelle geben kann.

In den letzten Jahren wurde die moderne Strahlentherapie immer gezielter und konnte unerwünschte Nebeneffekte wesentlich verringern. Dass aber auch durch eine Bestrahlung eine Reizblase mit ungewolltem Urinverlust, ein Verlust der Erektionsfähigkeit oder eine Entzündung des Enddarms auftreten können, wurde bereits erwähnt. Für ein optimales Ergebnis ist ein recht hoher apparativer Aufwand erforderlich, den in der Regel nur ein größeres radiologisches Zentrum gewährleisten kann.

## Die Rehabilitation im Krankenhaus

Der Diagnosesicherung und den Untersuchungen zur vorläufigen Bestimmung des Tumorstadiums schließt sich die eigentliche Krebstherapie im Krankenhaus an, überwiegend auf einer urologischen Station. Üblicherweise spricht man von der Primärtherapie, also der wesentlichen Erstmaßnahme zur Beseitigung des Tumors. Der Begriff der Rehabilitation ist hier im Gegensatz zur Reha-Klinik eigentlich nicht üblich. Tatsächlich ist die Zeit im Krankenhaus jedoch schon eine wichtige Phase, in der durch viele Einflüsse ebenfalls der Verlauf der weiteren Entwicklung für körperliches und seelisches Befinden wesentlich mitbestimmt wird.

Viele Männer fühlen sich von dem Schreck der Diagnose wie betäubt und wenig aufnahmefähig. Versuchen Sie trotzdem, die Zeit sinnvoll zu nutzen; denn im Krankenhaus gibt es die seltene Gelegenheit, mehrere erfahrene Ärzte um ihre Meinung zu fragen. Nutzen Sie die Gelegenheit! Unterschiedliche Meinungen der Ärzte sollten Sie nicht verwirren, sondern veranlassen, in eine Diskussion einzusteigen. Besprechen Sie die Widersprüche mit den Ärzten und finden Sie zu einer eigenen Haltung.

So begrüßenswert es ist, dass Sie sich zum Experten machen, um verantwortungsvoll mit sich umzugehen, so klar bleibt auch, dass Sie letztlich einem beruflichen Experten Vertrauen schenken müssen. Die Gespräche dienen auch dazu, das Vertrauen nicht allzu blind zu verschenken. Es ist immer gut, sich bei solchen Gesprächen von einer nahestehenden Person begleiten zu lassen, die Ihnen den Rücken stärkt und mit der das Gehörte nachträglich gemeinsam aufgearbeitet werden kann. Wegen der möglichen sexuellen Konsequenzen der Behandlung empfiehlt sich die Einbeziehung der Ehefrau oder Partnerin.

Nach dem Diagnoseschock fühlt man sich oft nicht besonders stark. Dennoch: Zeigen Sie, dass Sie mitsprechen und mitentscheiden wollen. Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben, auch wenn Sie das Gefühl haben, den Leuten Löcher in den Bauch zu fragen. Bestehen Sie auf einer allgemeinverständlichen Sprache! Sonst könnte man Sie für jemanden halten, dem es lieber ist, wenn ihm die Entscheidungen abgenommen werden.

Gespräche mit Mitpatienten können ungemein gut tun, aber auch belasten. Durch wirklichen Austausch und Interesse am Anderen können tiefe Freundschaften entstehen. Haben Sie aber auch den Mut zu sagen, wenn Sie von Krankheit nichts mehr hören wollen. Regulieren Sie den Besuch von Freunden, Bekannten, Kollegen und Verwandten nach Ihren Bedürfnissen und nicht nach klassischen Regeln der Höflichkeit.

Sie werden vielleicht Dinge fühlen und denken, die Ihnen bisher völlig fremd waren. Seien Sie nachsichtig mit sich selbst. Erlauben Sie sich selbst, traurig, ängstlich, wütend, lustig, neidisch, mutig oder verzweifelt zu sein – wie es eben kommt. Sie werden wieder zu sich selbst finden. Wenn Sie

sich anderen Menschen verständlich machen können, und vielleicht fällt das bei ähnlich Betroffenen leichter, sind Sie auf dem Weg der Bewältigung schon weit fortgeschritten. Versuchen Sie es doch einmal!

Die Situation ist außergewöhnlich, extrem belastend und für jeden Menschen zunächst überfordernd. Außergewöhnliche Situationen erfordern außergewöhnliche Maßnahmen. So sollten Sie keine Scheu haben, einen psychologischen Dienst im Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, falls es ihn gibt. Die hier tätigen Psychologinnen und Psychologen haben oft ungewöhnlich große Erfahrungen und können helfen, die Situation handhabbar zu machen und gute Wege zu finden. Bei ihnen können Sie auch voraussetzen, dass sie wissen, wovon Sie reden.

Krankheiten haben manchmal soziale Auswirkungen, die zusätzliche Sorgen bereiten. Viele Krankenhäuser bieten auch einen Sozialdienst an, der hier Rat geben kann. Dabei kann es beispielsweise um berufliche Sorgen, Kinderbetreuung, Haushaltshilfen, Rentenberatung, finanzielle Hilfen in Notlagen gehen. Sie erhalten dort aber auch allgemeine Informationen, etwa über Ihre Rechte nach dem Schwerbehindertengesetz oder über die Möglichkeit von Nachsorgekuren oder Anschlussheilbehandlungen. Es wäre ein Fehler, sich das Wissen dieser Experten entgehen zu lassen.

## Die Rehabilitation in der Spezialklinik

Die Möglichkeit, nach Erkrankung und Behandlung wieder dort anzuknüpfen und weiterzumachen, wo man aus dem bisherigen Leben gerissen wurde, ist stabilisierend und beruhigend. Nach den erforderlichen therapeutischen Maßnahmen kann es jedoch noch etwas dauern, bis Sie wieder fit sind für den Alltag.

Die notwendige Zeit zur Erholung von der Therapie kann vielleicht verkürzt werden, wenn Sie sich die Zeit zu einer Anschlussheilbehandlung (AHB) nehmen. Sobald Sie wieder auf den Beinen sind, ist die Weiterbehandlung in einer Reha-Klinik möglich. Sie verkürzen die Zeit im Krankenhaus und profitieren bereits von speziellen Reha-Angeboten. Bei einer AHB können Sie aus dem Krankenhaus gleich zur Rehabilitation verlegt werden, an-

sonsten ist eine nur kurze Zeitspanne zwischen Klinikentlassung und AHB-Beginn möglich. Zur AHB zugelassene Reha-Kliniken verfügen über einen hohen medizinischen Standard, über ein besonderes Erfahrungs- und Spezialwissen und sind diagnostisch und therapeutisch besonders gut ausgestattet.

Die rehabilitative Behandlung muss auf Facharzt- und Experten-Niveau erfolgen. Auf ebenso hohem Niveau müssen eventuelle Begleiterkrankungen berücksichtigt und mitbehandelt werden. Ein Team aus vielen Spezialisten arbeitet eng verzahnt zusammen, um Ihnen und Ihren Beschwerden gerecht werden zu können. Es ist leicht vorstellbar, dass ein solches Team schnell eine Größe erreicht, die sehr kleine Reha-Einrichtungen sich nicht leisten können.

Außerdem muss die Umgebung stimmen; sie soll schön und gesund sein, dazu einladen, sich verwöhnen zu lassen. Es ist nicht leicht, die ideale Klinik zu finden. Sie werden auf die richtige Beratung angewiesen sein. Informationen erhalten Sie sicherlich am besten von den behandelnden Ärzten und den Sozialarbeitern, vielleicht aber auch über Selbsthilfegruppen.

### **An eine Anschlussheilbehandlung können Sie folgende Erwartungen stellen:**

- ✓ Fachspezifische, ganzheitliche Zustandserfassung einschließlich urologischer und onkologischer Diagnostik.
- ✓ Wichtig sind Möglichkeiten zur urodynamischen Funktionsbeurteilung von Harnblase und Blasenverschluss,
- ✓ Endoskopie, das heißt Harnröhren- und Blasenspiegelung,
- ✓ Röntgeneinrichtungen,
- ✓ Möglichkeit zu weiterführenden Untersuchungen mit Computer- oder Kernspin-Tomografie,
- ✓ Erfassung und gezielte Therapie der Behandlungsfolgen,

- ✓ Identifizierung und Behebung von Rehabilitationshemmnissen,
- ✓ Möglichkeit zu kleineren operativen Korrektur-Eingriffen,
- ✓ Linderung von Narbenbeschwerden und bei Bedarf Wundpflege,
- ✓ Fortführung, eventuell auch Einleitung aller notwendigen Tumorthapien,
- ✓ Erfassung und Therapie von Begleitkrankheiten und anderen Störungen,
- ✓ Erfassung und Behandlung psychosozialer Folgen von Erkrankung und Behandlung,
- ✓ ganzheitliche Betreuung durch Spezialisten und Fachärzten vieler Fachgebiete,
- ✓ moderne balneologische und physikalische Therapien,
- ✓ alle, auch medikamentöse Therapien in angemessenem Umfang ohne den heute üblichen Sparzwang,
- ✓ hochwertige apparative Ausstattung für Diagnostik und Therapien,
- ✓ Möglichkeit des Kontakts zu ähnlich betroffenen Mitpatienten, ohne den Zwang, sich ständig mit Krankheit beschäftigen zu müssen,
- ✓ erschöpfende Information auf hohem Niveau über Krankheitsbild, Tumoreigenschaften, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation, Nachsorge und zusätzliche Therapiemöglichkeiten, einschließlich der Bewertung alternativer Verfahren,
- ✓ Förderung von Immunsystem und Lebensqualität,
- ✓ fachspezifische Vorträge zu allen wichtigen Themen,
- ✓ Gesprächskreise,
- ✓ psychologische Betreuung auf Wunsch,
- ✓ Zeit zur ausführlichen Aufarbeitung der Beschwerden mit allen Therapeuten,
- ✓ Sozialberatung und Anbahnung von Hilfs- und Lösungsmöglichkeiten bei sozialen Problemen,
- ✓ Entwicklung der Perspektiven für die weitere Lebensgestaltung im Alltag und eventuell auch im Beruf, einschließlich der Prüfung von Hilfs- und Unterstützungsbedarf,
- ✓ Möglichkeit der Unterbringung und Einbeziehung von Angehörigen und schließlich
- ✓ Ernährungsberatung.

Wenn Sie erst einmal zu Hause Atem holen wollen, können Sie auch ein Nachsorge-Heilverfahren beantragen, das von den meisten Kostenträgern – zum Beispiel den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen – nach Krebserkrankungen problemlos bewilligt wird. Nur im Bundesland Nordrhein-Westfalen laufen fast alle Anträge der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung über die zentrale Arbeitsgemeinschaft der Kostenträger (ARGE) in Bochum.

In der Regel können solche Nachsorgemaßnahmen nach Jahresfrist wiederholt werden, falls noch Rehabilitationsbedarf besteht. Sollten Sie allerdings an stärkeren Folgen der Erkrankung und Behandlung leiden, verschenken Sie Zeit und leiden unnötigerweise, wenn Sie die Rehabilitation aufschieben.

Um das Thema Erwartungen an eine Reha-Klinik noch einmal aufzugreifen: Auf eine ausreichend große fachurologische Abteilung im Haus sollten Sie achten. Sie werden wahrscheinlich nicht optimal versorgt in einer Klinik, die sich beispielsweise auf Lungenerkrankungen spezialisiert hat. Allgemein sollten die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten denen einer AHB-Klinik entsprechen.

Den Antrag auf ein Nachsorge-Heilverfahren können Sie über Ihren Hausarzt stellen; jedoch empfiehlt sich eine fachurologische Begründung und Darstellung des spezifischen Rehabilitationsbedarfs: Es sollte ausdrücklich beschrieben werden, was noch gebessert oder erreicht werden soll.

## **Die Rehabilitation und Tumornachsorge am Heimatort**

Die nach einer Krebserkrankung erforderlichen regelmäßigen Nachsorge-Untersuchungen wird meist der behandelnde Urologe im Heimatort übernehmen.

Ja, auch nach Radikal-Entfernung der Prostata wird die Früherkennung fortgesetzt, sei das Risiko einer Neuerkrankung, eines Rezidivs, auch noch so gering. Absolute Gewissheiten gibt es in der Medizin so gut wie nie, und natürlich ist das Risiko, dass eventuell verbliebene Zellen noch einmal zu

wachsen anfangen und ein Rezidiv entsteht, um so höher je fortgeschrittener der Tumor war. Aber auch dann entscheidet die frühe Rezidiv-Erkennung die Behandlungserfolge mit. Eine wesentliche Rolle bei der Nachsorge spielt auch die Erkennung und Behandlung möglicher Operationsfolgen.

### **Zu den Nachsorge-Untersuchungen können gehören:**

- ! Nachtasten des Prostata-Bettes,**
- ! Ultraschall-Untersuchung des Bauchraums,  
mit Hauptaugenmerk auf Harnabfluss, Organe  
und Lymphknoten,**
- ! transrektaler Ultraschall,**
- ! Harnflussmessung,**
- ! Untersuchung des knöchernen Skeletts  
mit Hilfe der Szintigraphie,**
- ! Kontrolle des Tumormarkers PSA im Blut,**
- ! eventuell weitere Blutbestimmungen, wie  
Blutbild und Blutsenkung sowie Spiegel  
der Lactatdehydrogenase und der  
alkalischen Phosphatase und**
- ! Urin-Kontrolle auf Bakterien.**

Das Untersuchungsprogramm ist nicht standardisiert und wird individuell festgelegt. Meist werden aber etwa dreimonatige Abstände der Kontroll-Untersuchungen vorgeschlagen.

Das Prostata-Spezifische Antigen (PSA) charakterisiert die Anwesenheit von Prostatazellen im Körper, weil es aus deren Bruchstücken besteht. PSA steigt bei Prostatakrebs stark an. Wenn es vor der Behandlung deutlich erhöht war, stellt das eine der besten Kontrollmöglichkeiten dar. Bei neuem Krebswachstum ist dann recht zuverlässig als erstes ein erneuter PSA-Anstieg nachweisbar.

Nach einer radikalen Prostata-Entfernung sollte der PSA-Wert im Nullbereich liegen. Gewarnt werden muss jedoch davor, sich durch einen solchen Laborwert terrorisieren zu lassen. Kleine Schwankungen sind kein Grund zur Panik. Nur deutliche, stetige und/oder steile Anstiege charakterisieren ein Tumorwachstum. Es gibt Laborfehler und niemals 100 Prozent Zuverlässigkeit.

Mit dem Nachtasten und mittels transrektalen Ultraschalls könnten Lokalrezidive, also erneute Vermehrung von verbliebenen Krebszellen mit Entwicklung eines Tumor-Knötchens früh entdeckt werden. Die Ultraschall-Untersuchung des Bauchraums gibt Auskunft über eventuelle Metastasen, beispielsweise in der Leber oder verdächtige Lymphknoten-Vergrößerungen. Darüber hinaus ist sie wichtig, um eventuelle operationsbedingte Komplikationen, insbesondere Harnabflussstörungen, zu erfassen. Bei Auffälligkeiten kann eine weitere Abklärung zum Beispiel mit Computertomografie oder Kernspintomografie sinnvoll sein.

Zur Erfassung von Blasenentleerungsstörungen dient die einfache Harnflussmessung: Beim Wasserlassen wird mittels einer Lichtschranke der Durchfluss in ml pro Sekunde gemessen. Eine Harnstrahl-Abschwächung kann Hinweis auf die Entwicklung einer narbigen Verengung im Bereich der Harnröhren-Naht, einer Anastomose, sein, die auch zunehmen kann. Es wird dann empfohlen, den Restharn zu ermitteln: Nach der vom Gefühl her vollständigen Harnblasenentleerung wird mit Ultraschall geprüft, ob noch Urin in der Blase zurückgeblieben ist. Bei Beschwerden, deutlich erhöhten Restharnwerten – über 30 ml – oder weiterer Inkontinenz empfiehlt sich, einen Korrektur-Eingriff vornehmen zu lassen, der die normale Blasenentleerung wieder ermöglicht.

Die Zahl der weißen Blutkörperchen im Serum, die normalerweise bis etwa 10.000 pro  $\text{mm}^3$  beträgt und die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen – normal sind bis etwa 15/30 mm nach Westergren – können Hinweise auf Entzündungen oder Gewebereizungen im Körper sein. Die bakteriologische Untersuchung des Urins dient dem Erkennen eines eventuellen Harnweg-Infekts. Durch die Bestimmung der roten Blutkörperchen beziehungsweise des darin enthaltenen Sauerstofftransport-Eiweißes Hämoglobin kann eine Blutarmut, Anämie, festgestellt werden, wie sie durch Blutverluste bei der Operation, durch Entzündungen oder andere Erkran-

kungen des Körpers entstehen kann. Normalerweise enthalten 100 ml Serum 13 bis 14 g Hämoglobin.

Die Lactat-Dehydrogenase ist ein Enzym, das in jeder Körperzelle vorkommt. Wenn das Enzym im Serum erhöht ist, spricht das dafür, dass irgendwo im Körper Zellen vermehrt zerstört werden. Dafür sind viele Gründe denkbar, auch Krebsaktivität.

Die alkalische Phosphatase ist ein Enzym, das besonders stark in den Gallengängen und im Knochen vorkommt. Eine Erhöhung kann beispielsweise ein Hinweis auf Knochenmetastasen sein. Eine Knochen-Szintigrafie wird man ohne besonderen Anlass in der Regel nicht routinemäßig durchführen lassen.

Neben der ambulanten Nachsorge in Wohnortnähe ist im Rahmen der Sparmaßnahmen und der Einschränkungen für vollstationäre Reha-Maßnahmen vermehrt die teilstationäre, wohnortnahe Rehabilitation von den Kostenträgern vorgesehen. Bei dieser kostendämpfenden Alternative sind Sie spätestens abends wieder zu Hause; tagsüber oder stundenweise kann in Tageskliniken oder ambulanten Instituten ein Rehabilitationsprogramm durchgeführt werden.

Das dürfte unseres Erachtens hauptsächlich in Betracht kommen, wenn nur noch ein einziges, bestimmtes Symptom gezielt behandelt werden muss, die übrige Rehabilitation bereits weitgehend abgeschlossen ist. Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass eine Entlastung von den häuslichen und den Umfeldbedingungen nicht gewährleistet ist und der ganzheitliche Anspruch einer Rehabilitation hierbei gar nicht erst erhoben werden kann.

## Die Rehabilitation der Behandlungsfolgen

### Die Inkontinenz

Gegen den ungewollten Urinverlust wegen einer operationsbedingten Blasenverschlussschwäche hilft am besten ein Kontinenztraining, mit dem der Schließmuskel gestärkt wird. Dazu gibt es ausgearbeitete Programme, die

am besten in Gruppen mit zusätzlichen Einzelanleitungen durchgeführt werden. Die Krankengymnasten oder Physiotherapeuten, die solche Trainingsprogramme anbieten, sollten besonders spezialisiert sein, da es bei der Beckenboden-Gymnastik hohe Qualitätsunterschiede gibt.

Ein gutes Behandlungskonzept erkennen Sie daran, dass Sie auch ausführlich über Aufbau und Funktion des Beckenbodens aufgeklärt werden. Besonderer Wert muss darauf gelegt werden, dass Sie lernen, die richtigen Muskeln zu trainieren, was vom Therapeuten ständig kontrolliert werden muss. Es hat sich außerdem gezeigt, dass dieses Training oft nicht erfolgreich ist, wenn andere schwere Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen den Beckenboden blockieren. Dann ist erst eine Vorbehandlung notwendig. Die besten Behandlungs-Programme gibt es in spezialisierten Reha-Einrichtungen.



Ob die richtigen Muskeln trainiert werden, kann mit Tönen und sogar mit Bildern überprüft werden. Bei diesem Biofeedback genannten Verfahren wird die Muskeltätigkeit mit einem Messfühler erfasst, oder aber es wird mit einer aufwendigeren Methode der Schließmuskel während der Übungen durch die Harnröhre gefilmt. Die Möglichkeit zum video-assistierten Biofeedback-Sphinktertraining wird in spezialisierten Reha-Kliniken angeboten.



Video-Ansichten des Sphinkters

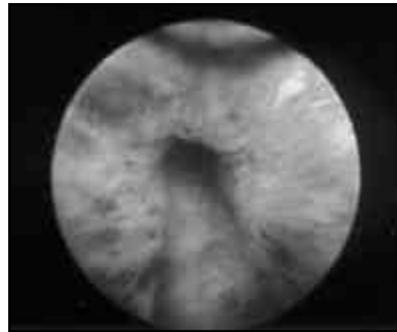


Abb.: Klinik Quellental

Bei besonders ausgeprägten Formen der Inkontinenz kann eine Elektrostimulation der Beckenbodenmuskulatur und damit des Schließmuskels zusätzlich hilfreich sein. Nach unseren Untersuchungen wird die Kontinenzgewinnung dadurch beschleunigt. Am besten können Beckenbodenmuskulatur und Schließmuskel über Rektalsonden erreicht werden, die wie ein Zäpfchen in den Darm eingeführt werden. Diese Methode ist schmerzfrei und kann außerdem das Gefühl für die richtigen Muskeln verbessern. Nach ärztlicher Einweisung können Sie die bis zu 20-minütigen Behandlungen täglich selbst mehrmals vornehmen. Sie sind eine Ergänzung des Kontinenztrainings. Wenn nachts bereits kein Urinverlust mehr auftritt, wird ein Vorteil der Elektrostimulation fraglich.

Häufig ist die Inkontinenz nicht ausschließlich durch eine Blasenverschlusschwäche bedingt, sondern auch durch eine Blasenfunktionsstörung. Der veränderte Blasenverschluss kann die normale Blasenfunktion

erheblich irritieren. Oft werden daher auch noch Medikamente vorübergehend eingesetzt, die die Blasenfunktion normalisieren sollen.

Durch die Operation und auch durch die vorübergehende Einlage eines Katheters ist die Schleimhaut der Harnröhre gereizt, geschwollen und an den Operationsnähten oft noch verschorft. Das begünstigt bakterielle Harnwegsinfektionen, deren Erkennung und Therapie oft die Voraussetzung sind, die Kontinenz wiederzuerlangen.

Wenn die Behandlung nicht ansprechen sollte, ist es unbedingt notwendig, intensiv nach den Ursachen zu forschen. Meist finden sich dann noch andere Gründe für Störungen der Blasenfunktion, die zunächst behoben werden müssen. Zur Abklärung sind unter anderem Uroflow genannte Harnstrahlmessungen, Sicht-Untersuchungen der Harnröhre in Form von Harnröhren- und Blasenspiegelung und kombinierte Funktions- und Druckstudien in Blase und Harnröhre – Urodynamik – üblich.

Wenn alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten die Inkontinenz nicht beheben können, bleibt die Anlage eines künstlichen Schließmuskels. Nach unserer Erfahrung in der Klinik Quellental sollte man aber nicht zu früh den Mut verlieren. Manchmal dauert es bis zu zwei Jahren, bevor sich die Urinhaltefunktion bessert. Vor Ablauf eines Jahres intensiven Kontinenztrainings sollte diese Operation jedenfalls nicht durchgeführt werden.

Der künstliche Schließmuskel ist einerseits ein technisch faszinierendes kleines Wunderwerk, andererseits etwas, was man lieber vermeidet: Er besteht im Prinzip aus einer aufblasbaren Manschette, ähnlich wie bei einem Blutdruck-Messgerät, die um die Harnröhre gelegt wird. Eine Mini-Pumpe, die ebenso wie ein Flüssigkeitsreservoir zusätzlich im Körper untergebracht wird, befördert die Flüssigkeit aus dem Reservoir auf Knopfdruck in die Manschette, die dadurch die Harnröhre abklemmt, so dass kein Urin mehr austreten kann. Will man Wasser lassen, wird per Knopfdruck die Manschette entleert, die Harnröhre wird durchgängig. Das Flüssigkeitsreservoir wird in einem kleinen Beutelchen im Bauchraum eingebaut, der Bedienungsknopf kann beispielsweise im Hodensack untergebracht und von außen betätigt werden. Das Ganze ist innerhalb des Körpers mit kleinen Kabeln und Schläuchen miteinander verbunden.

Der Nachteil dieser Methode besteht in der Notwendigkeit einer erneuten, nicht ganz einfachen Operation mit eigenen Komplikationsrisiken, besonders Entzündungen, die wieder zum Ausbau der Materials zwingen, und der Notwendigkeit, gelegentliche Wartungsarbeiten an der Apparatur wieder mit Operationen verbinden zu müssen. Der Vorteil ist besonders für jene Patienten erkennbar, die an einer sonst nicht mehr zu verbessernden kompletten Inkontinenz leiden. Bei ihnen können zu 90 Prozent zumindest Verbesserungen erreicht werden; fast 85 Prozent benötigen dann nicht mehr als zwei Vorlagen am Tag.

Gelegentlich wird versucht, einen lückenhaften Verschluss der Blase dadurch zu verbessern, dass unter die Schleimhaut des Schließmuskels ein Gel gespritzt wird, um ein Kissen oder Polster zu schaffen. Dies soll den Verschluss verbessern, verschlechtert aber die Behandlungsergebnisse, falls ein künstlicher Schließmuskel angelegt werden muss. Insgesamt zeigt diese Methode auch überwiegend enttäuschende Ergebnisse, so dass wir empfehlen, sich gut zu überlegen, ob man sich dem aussetzen will.

## Der Erektionsverlust

Wenn die für die Gliedversteifung entscheidenden Nerven im neurovaskulären Bündel unterbrochen wurden, ist in den allermeisten Fällen mit einer spontanen Erektion nicht mehr zu rechnen. Nur in sehr seltenen Fällen stellt sie sich doch wieder ein.

Grundsätzlich sollten Sie bedenken: Die Erektion ist nicht alles. Es gibt Sexualität auch ohne Erektion! Die meisten Männer brauchen nach Diagnose- und Behandlungsschock Zeit, um überhaupt wieder sexuelles Interesse zu haben. Es wäre schade, wenn Sie dann feststellen müssten, dass Sie alle Brücken zu körperlichem Kontakt abgerissen haben.

Deshalb: Pflegen Sie Ihre Beziehungen und den körperlichen Kontakt. Später, wenn es Ihnen wieder gut geht und die Libido, die Lust und das Interesse am Sex, wiederkehren, können Sie von Erektionshilfen am besten profitieren. In der Frühphase der Rehabilitation ist zunächst das Wissen

um die Möglichkeiten entscheidend. Nach der Wundheilung können Sie auch für sich selbst erst einmal testen, ob Sie mit solchen Hilfen zurecht kommen oder zurecht kommen wollen, unabhängig von einem Einsatz in einer sexuellen Beziehung.

Die Empfehlung lautet: Als erster Schritt ist zu klären, ob nervschonend oder nicht operiert wurde. Der zweite Schritt heißt komplette Information über alle existierenden Möglichkeiten. Der dritte Schritt wäre, alle Möglichkeiten durchzuprobieren, zu testen mit den Fragen:



Wie gut wirken welche Erektionshilfen?



Gibt es unangenehme Nebenwirkungen?



Wie groß ist der Aufwand, wie handhabbar ist diese Möglichkeit für mich?



Könnten die Erektionshilfen in meiner Partnerschaft einsetzbar sein?

Zu wissen, dass Sie könnten, wenn Sie wollten, kann für sich allein schon hilfreich sein, den Behandlungsschock zu verarbeiten. Wenn Sie Erektionshilfen dann in der Partnerschaft einsetzen wollen, ist es, wie gesagt, günstig, wenn der körperliche Kontakt nicht ganz abgerissen ist und wenn beide den Wunsch danach haben. Auch Ihrer Partnerin wird, genau wie Ihnen selbst, die Technik zunächst möglicherweise befremdlich erscheinen.

Wenn Sie Ihre Partnerin aber von Anfang an mit einbeziehen in Ihre eigene Entwicklung der Gewöhnung an das Ungewohnte durch zunächst geistige, dann praktisch-körperliche Auseinandersetzung mit diesen Hilfsmitteln, wird der Abstand zwischen Ihnen nicht zu groß. Konkret: Sprechen Sie von Anfang an über Ihre Gedanken, Gefühle, Erfahrungen, auch Sorgen und Ängste, auch Hoffnungen und Wünsche. Eine eventuell später sich anschließende gemeinsame Testzeit sollte mit Humor und eher spielerisch angegangen werden.

Ein offenes Wort unter Männern: Die Rehabilitation der Erektionsfähigkeit dient in erster Linie Ihrer Lust, da bei den meisten Männern das Erleben ei-

nes Orgasmus an die Erektion gebunden ist. Ihre Partnerin ist nicht unbedingt auf die Wiederherstellung Ihrer Erektion angewiesen. Sexualmedizinische Untersuchungen legen nahe, dass für einen nicht geringen Teil der weiblichen Welt penetrativer Geschlechtsverkehr durchaus verzichtbar ist, wenn andere Methoden der Lustgewinnung angewendet werden.

Wenn Sie nach längerer Zeit erstmals eine Erektionshilfe benutzen, kann das Ergebnis zunächst enttäuschen. Dies liegt daran, dass die Elastizität, die Dehnbarkeit, der Schwellkörper durch die lange Ruhepause eingeschränkt ist. Sie verbessert sich aber mit jedem Mal. Für gewöhnlich muss die Durchblutung der Schwellkörper mit Hilfsmitteln angeregt werden. Dazu stehen drei Möglichkeiten zur Verfügung:

### Möglichkeiten zur Anregung der Durchblutung der Schwellkörper

- Das Blut wird mit einem Vakuum angesaugt,
- durchblutungsfördernde Medikamente werden in den Schwellkörper gespritzt,
- durchblutungsfördernde Medikamente werden mit Hilfe eines Gels in die Harnröhre befördert.

## Viagra®

Viagra ist der geschützte Handelsname eines erektionsfördernden Präparats mit dem Wirkstoff Sildenafil. Die Wirksamkeit setzt sexuelle Lust und Erregung voraus, das heißt Sildenafil ermöglicht oder verbessert bei entsprechender Erregung die Erektion, löst durch die bloße Einnahme aber keinen Effekt aus. Als erstes Präparat dieser Art hat Viagra hohe öffentliche Aufmerksamkeit ausgelöst. Bei Erektionsstörungen einfach eine Ta-

blatte zu nehmen, hat naturgemäß eine hohe Anziehungskraft. Aber: Viagra wirkt nicht, wenn beide neurovaskulären Bündel mitentfernt wurden. Prinzipiell ist ein Versuch mit Viagra nur dann sinnvoll, wenn zumindest eines der Bündel erhalten geblieben ist und sich die Erektion nicht spontan wieder einstellt.

Selten finden wir bei Männern, die nicht gezielt potenzschonend operiert wurden, Ansätze zu spontanen Erektionen, die jedoch unvollständig bleiben. In diesen Fällen sollte – nach Ausschluss der Gegenanzeigen – ein konsequenter Behandlungsversuch durchgeführt werden, das heißt: mehrmals in ausreichend hoher Dosierung. Versagt Viagra, kämen dann die anderen Hilfsmittel in Betracht; bleibt die Wirkung unzureichend, könnte Viagra mit anderen Hilfsmitteln kombiniert werden.

Vorsicht ist insbesondere bei Herz- und Kreislauf-Erkrankungen geboten, da dann Durchblutungsstörungen beziehungsweise Infarkte ausgelöst werden können. Auch sind die Wechselwirkungen mit einigen Medikamenten, besonders blutdrucksenkende Mitteln, problematisch, so dass eine Viagra-Einnahme nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt empfohlen werden kann. Ein gelegentlich auftretender Farbschleier vor den Augen ist hingegen harmlos; er beruht auf verzögertem Abbau von Substanzen in der Netzhaut des Auges und verschwindet von selbst.

## Vakuum-Erektionshilfesysteme (VEHS)

Das Vakuum-Erektionshilfesystem (VEHS) ist sehr einfach zu handhaben, natürlich und praktisch nebenwirkungsfrei. Ein Zylinder wird über das Glied gestülpt, die Luft mit einer kleinen Pumpe abgesaugt. Dadurch entsteht ein Unterdruck, der Blut in die Schwellkörper zieht, wodurch das Glied aufgerichtet wird. Damit das Blut nicht sofort wieder über die Venen abfließt, muss rumpfnah, an der Gliedwurzel, ein Gummiring angelegt werden. Die Ergebnisse sind zu etwa 80 Prozent zufriedenstellend. Die Methode erfordert allerdings etwas Übung. Der Einsatz in der Partnerschaft ist etwas umständlich. Um störende Unterbrechungen des Zusammenseins zu vermeiden, ist eine gemeinsame Handhabung empfehlenswert, was eine aufgeschlossene Partnerin voraussetzt.

## Das Vakuum - Erektionshilfesystem



## Schwellkörper-Autoinjektionstechnik (SKAT)

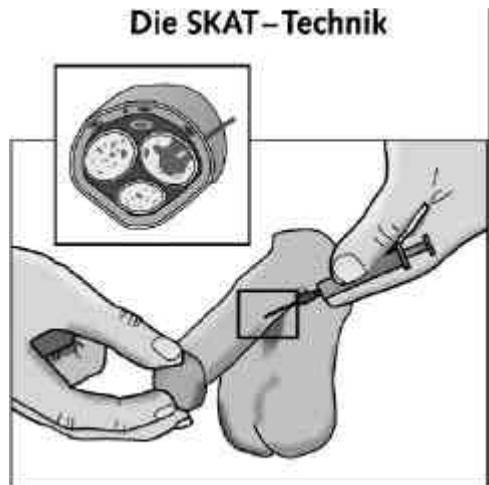
Bei der Schwellkörper-Autoinjektions-Technik (SKAT) spritzt man sich nach Schulung durch einen Urologen, am besten einige Tage lang stationär im Krankenhaus oder in der Reha-Klinik, selbst Mittel in die Schwellkörper, die Blut einströmen lassen und eine meist ausgezeichnete Versteifung bewirken. Das erfordert erst einmal eine gewisse Selbstüberwindung. Unsere Patienten berichten übereinstimmend, dass die Injektion selbst nicht schmerzhafter ist als eine Blutentnahme aus der Armvene.

Die erforderliche Dosis muss individuell ermittelt werden; und da es sich um hochwirksame Mittel handelt, liegt die Nebenwirkungsquote bei 10 bis 20 Prozent. Verwendet wurde früher hauptsächlich Papaverin, heute ein Prostaglandin E, zum Beispiel Alprostadil. Papaverin führte im Vergleich

mit Prostaglandin E eher zur Dauererektion, einem Priapismus, was zum Beispiel Gewebeschäden und damit unter Umständen den Verlust der Erektionsfähigkeit zur Folge haben konnte. Die heute üblichen Mittel zeigen solche Nebenwirkungen deutlich seltener, können jedoch noch eventuell schmerzhaft Missemfindungen bei der erzielten Erektion bedingen.

Die Selbst-Injektion kann vor dem Zusammensein mit einer Partnerin durchgeführt werden, da die Erektion in der Regel lange genug anhält. Die Erektion ist erregungsunabhängig.

Falls die Vakuum-Methode nicht zufriedenstellt, aber das Risiko von SKAT gescheut wird, besteht die Möglichkeit, SKAT und VEHS zu kombinieren. Dadurch kann die Dosis des Medikaments und damit das Nebenwirkungsrisiko wesentlich verringert werden. Bei Gefäßerkrankungen kann auch SKAT versagen; eventuell hilft auch noch in diesem Fall die Methoden-Kombination.



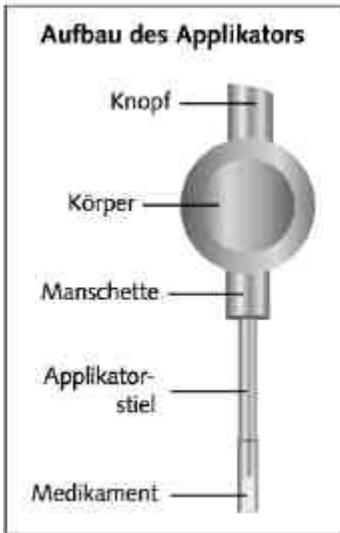
## Mini-Zäpfchen für die Harnröhre

Die bisher in den Schwellkörper injizierte Substanz des Prostaglandins Alprostadil kann neuerdings auch in Form eines Mini-Gelzäpfchens durch ein Röhrchen in die Harnröhre, die Urethra, eingeführt werden. Von dort durchwandert der Wirkstoff das Gewebe bis in die Schwellkörper. In etwa einem Zehntel der Anwendungen entstehen Nebenwirkungen, wie Brennen in der Harnröhre oder Schmerzen bei der Erektion, manchmal nur bei der Erst-Anwendung.

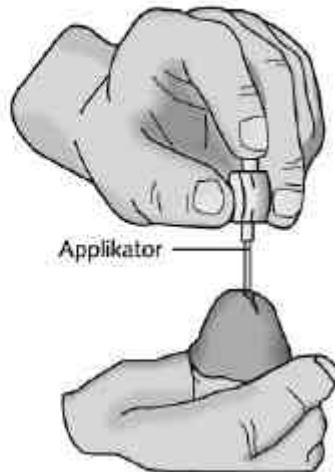
## Medizinisches Urethrales System für die Erektion (MUSE®)

Auch MUSE kann vor dem Zusammensein mit einer Partnerin angewendet werden. Die ausgelöste Erektion ist ebenfalls erregungsunabhängig. Die Rate der Patienten, bei denen keine zufriedenstellende Erektion ausgelöst wird, ist etwas höher als bei SKAT, jedoch erscheint die Anwendbarkeit wesentlich leichter. Auch bei MUSE kann man verschiedene Dosierungen testen.

### Der MUSE®-Applikator



### Einführen des Applikators in die Harnröhre

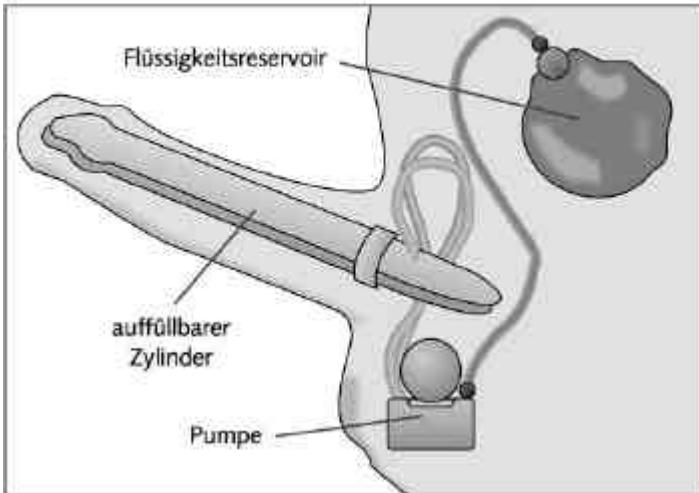


## Schwellkörper-Prothesen

Eine letzte Möglichkeit besteht in der Einsetzung von Schwellkörper-Prothesen. Für ein gutes Ergebnis kommt nur die aufpumpbare Prothese in Frage, die anstelle der natürlichen Schwellkörper ins Glied eingepflanzt wird. Dadurch kann, gewissermaßen per Knopfdruck, eine Versteifung erreicht werden. Das Prinzip entspricht dem des künstlichen Schließmus-

kels. Da der Einbau einen operativen Aufwand erfordert und Komplikationen auch nicht völlig zu vermeiden sind, ist diese Methode nur empfehlenswert, wenn alle anderen Methoden versagen.

### Mehrteilige hydraulische Schwellkörper-Prothese



Besonders gefürchtete Komplikationen sind Infektionen, die zu Entfernung des Systems zwingen oder Undichtigkeiten sowie Materialermüdung, so dass korrigierende operative Eingriffe notwendig werden können. Wenn die Schwellkörper entfernt wurden, kann niemals mehr auf anderem Wege eine Erektion erreicht werden. Vor der Entscheidung für eine Schwellkörper-Prothese empfehlen wir, sich vom Operateur Kontakt zu Männern vermitteln zu lassen, die eine solche Operation bereits haben durchführen lassen.

Bei allen Methoden sollte die Kostenfrage mit den Krankenkassen unter Vorlage eines urologischen Attestes über Sinn und Notwendigkeit vorher geklärt werden. Bislang werden meist nur die Kosten für eine Vakuum-Erektionshilfe von den meisten Krankenkassen übernommen.

## Narbige Harnröhren-Verengungen

Zur objektiven Beurteilung empfehlen sich regelmäßige Harnflussmessungen. Dabei wird ermittelt, wieviel Milliliter Urin pro Sekunde durch die Harnröhre fließen können. Das Ergebnis erlaubt eine Beurteilung des Kalibers der Harnröhre und die frühe Erkennung einer Harnröhren-Verengung schon vor eventuellen Symptomen. Dann kann vielleicht noch die bereits erwähnte Dehnungsbehandlung, eine Bougierung, erfolgreich sein.

Später wird eine Schlitzung oder Abhobelung der Narbenenge durch die Harnröhre notwendig. Das kann allerdings erneut Narben entstehen lassen, selten kann auch der Harnblasenverschluss leiden. Die Behebung ausgeprägter Anastomosenstenosen ist jedoch zwingend erforderlich, da sonst ernsthafte Störungen der Blasenfunktion die Folge sind und die Kontinenz nicht zurückgewonnen werden kann.

## Gewebewasser-Ansammlungen

Die bereits beschriebenen Lymphödeme, Schwellungen, können mit Lymphdrainage recht gut beeinflusst werden. Die Lymphdrainage ist eine spezielle Streich-Massage, die versucht, neue Abflusswege für die Gewebeflüssigkeit zu öffnen. Sie bedarf besonders ausgebildeter Therapeuten. Andere Arten der Massage, Wärmebehandlung oder besondere körperliche Belastungen sind geeignet, die Situation zu verschlechtern.

Die Lymphozelen, Wasser-Brüche, werden meist noch im Krankenhaus erkannt und behandelt. Wenn sie klein sind, kann eventuell abgewartet werden, ob sie vom Körper wieder aufgesaugt werden. Sonst ist eine Punktion erforderlich, bei der das Gewebewasser mit einer Spritze abgesaugt wird, um das Volumen zu verkleinern und damit schädliche Druckwirkung auf beispielsweise Arterien oder Venen zu verhindern. Um bakterielle Entzündungen zu vermeiden, werden dann meist Antibiotika eingesetzt.

Manchmal läuft das Gewebewasser jedoch immer wieder in den Bruch nach; man kann dann versuchen, das Leck durch Einfüllen des gleichzeitig bakterienhemmenden Mittels Doxycyclin abzudichten.

Bei hartnäckigen Lymphozelen wird manchmal zur Ableitung des Gewebewassers aus dem Hohlraum ein Katheter notwendig. Der Lymphfluss wird dann mit der Zeit abnehmen. Sehr selten werden Bestrahlungen erforderlich, die noch einen abdichtenden Reiz setzen. Als allerletzte Möglichkeit bleibt eine operative Eröffnung des Hohlraums, um ihn auszutrocknen zu lassen.

## Die Rehabilitation des Hormontzugs

### Die Sexualität

Fast jeder Mensch verliert nach einer Unterleibsoperation erst einmal die Lust am Sex, zumal die seelischen Folgen von Krankheit und Behandlung hinzu kommen. Deshalb ist es zunächst nicht unterscheidbar, ob der Hormontzug überhaupt Auswirkungen auf sexuelles Empfinden und sexuelle Funktion hat. Unter idealen Umständen muss es bleibende Funktionseinschränkungen gar nicht geben. Mit zunehmendem Alter wächst jedoch auch die innere Bereitschaft, das Kapitel Sexualität abzuschließen.

Wenn Sie Ihre allgemeine Lebensfreude wiedergewonnen haben, sich an vielen Dingen erfreuen und in einer guten Partnerschaft leben, sollten Sie vermehrt Körpererfahrungen suchen, wie Sport, Massagen, Sauna, Streicheln. Die Fähigkeit zu körperlicher Lust ist auch abhängig von Gelegenheit und Training.

Dann kann die erotisch-sexuelle Komponente wiederkommen. Sollte die Gliedversteifung gelitten haben, wären Erektionshilfen – manchmal nur vorübergehend – notwendig.

### Das Hormontzugssyndrom

Die bereits beschriebenen Symptome eines Hormontzuges lassen sich wirkungsvoll unterdrücken durch oft nur eine einzige einmalige Injektion eines Progesteron-Abkömmlings, zum Beispiel Farlutal® 1000. Gelegentlich sind in

mehrwöchigen Abständen weitere Injektionen erforderlich. Hilfreich sein kann auch die tägliche Einnahme des Präparats Androcur<sup>®</sup>, dessen Wirkstoff Cyproteronacetat heißt. Diese Mittel täuschen den Körper, indem sie ausreichende Hormonspiegel vorgaukeln, aber keine Hormonwirkung haben.

Ansonsten sind die Symptome in hohem Maße auch abhängig von der seelischen Stabilität und der Stabilität des vegetativen, des unwillkürlichen Nervensystems. Alle stabilisierenden Maßnahmen sind hilfreich, von psychotherapeutischen Gesprächen über Entspannungsverfahren bis zu Kneipp'schen Maßnahmen und pflanzlichen Beruhigungsmitteln. Wirksam sind auch Substanzen, die sich zur Unterdrückung anderer Entzugssymptome bewährt haben, zum Beispiel das sonst gegen depressive Verstimmungen eingesetzte Dopepin oder das blutdrucksenkende Mittel Clonidin.

## Die Wirkung der hormonellen Veränderungen

Jeder Mann hat auch weibliche Sexualhormone, Östrogene, im Blut. Diese werden in der Nebennierenrinde gebildet. Wenn der Gegenspieler Testosteron als männliches Sexualhormon ausgeschaltet wird, können die körpereigenen Östrogene trotz ihrer geringen Menge stärkere Wirkung erzielen. Wie bereits geschildert, hat das Übergewicht der weiblichen Hormone jedoch mehr nützliche als schädliche Auswirkungen. Einige Veränderungen sind nicht zu verhindern.

Nur vor der Hormon-Therapie kann man zur Verhinderung eines gelegentlich vorkommenden übermäßigen Anschwellens der Brustdrüsen eine Bestrahlung durchführen lassen. Wenn die Schwellung eingetreten ist, ist die Bestrahlung meist nicht mehr zufriedenstellend wirksam. Für die Gewichtsentwicklung kann es ratsam sein, auf überflüssiger Kalorien, auch in Form alkohol- oder zuckerhaltiger Getränke, zu verzichten. Sportliche oder gymnastische Aktivität bleibt empfehlenswert.