D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V. (Hrsg.)

Urotherapeutische Leitlinie

Urotherapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei Prostatakarzinom

2024

einschließlich Empfehlungen und Fragebögen

Urotherapeutische Leitlinie

Urotherapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei Prostatakarzinom

2024

herausgegeben von

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

Arbeitsgruppe:

Barbara Schilcher (Koordinatorin); Cornelia Barsch; Antje Brosemann; Galina Garbolinski; Heiko Kreß; Guido Pflüger; Doris Scholt; Kirsten Unruh

D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V., Damaschkestraße 98, 06110 Halle

Kontakt: vorstand@urotherapie.de

Januar 2024

Gendererklärung

In der Leitlinie werden grundsätzlich alle Geschlechter eingeschlossen, auch wenn die Begrifflichkeiten dies nicht im Einzelnen aufgreifen.

Zitierweise

Die Zitierweise orientiert sich am Oxford-System.

Urhebererklärung

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Herausgeber stimmt der Verwendung einzelner Auszüge, insbesondere der Fragebögen, ausdrücklich zu. Kopien dürfen jedoch nur in Papierform und im patientennahen Arbeitsumfeld benutzt werden, jegliche andere Verwendung muss unter Nennung der Originalquelle beim Herausgeber angefragt werden.

© D- A-CH AG Leitlinie Urotherapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei Prostatakarzinom, Februar 2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis IV
I. Präambel 1
II. Geltungsbereich und Zweck 2
III. Definitionen: Prostatakarzinom, Inkontinenz, erektile Dysfunktion, Urotherapie 2
III.1 Prostatakarzinom 2
III.2 Harninkontinenz 3
III.3 Erektile Dysfunktion (ED) 3
III.4 Urotherapie 4
IV. Epidemiologie und Therapie des Prostatakarzinoms 4
V. Urotherapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei nicht invasivem Prostatakarzinom 5
V.1 Wegweiser anhand von Behandlungspfaden 5
V.1.1 Behandlungsablauf präoperatives Kontinenztraining 6
V.1.2 Behandlungsablauf im Akutkrankenhaus 7
V.1.3 Behandlungsablauf in der Fachklinik für uroonkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung (AHB) 7
V.2 Urotherapeutische Edukation 8
V.2.1 Edukation/Verhaltenstraining 8
V.2.2 Ernährungs- und Trinkverhalten 9
V.2.3 Kontinenztraining Einleitung 9
V.2.4 Hautpflege 15
V.2.5 Hilfsmittelversorgung, Finanzierung und Steuerung der Hilfsmittelversorgung 15
V.3 Therapieoptionen nach der Anschlussheilbehandlung 17
V.3.1 Selbsthilfegruppen 17
V.3.2 Rehabilitationssport/Bewegungstherapie 18
V.4 Entlassungsmanagement/Überleitungsmanagement 19
V.5 Dokumentation und Evaluation 20
V.5.1 Formulierung von Nah- und Fernzielen 21
V.5.2 Standardisierte Fragebögen 22
VI. Fazit/Ausblick 23
VII. Literaturverzeichnis 24
VIII. Anhang 37
Anhang A: Informationsblatt Pathophysiologie und Ätiologie/Epidemiologie beim Prostatakarzinom 38
Anhang B: Überblick der Empfehlungen der Leitlinie 39
Anhang C: Klinischer Pfad Urotherapie radikale Prostatektomie 41
Anhang D: Mitglieder der Leitliniengruppe 44
Anhang E: Erklärung zu Interessen und zum Umgang mit Interessenkonflikten... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
Anhang F: Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Patienten 47
Anhang G: Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Team 50

I. Präambel

Die radikale Prostatektomie gilt als eine Therapie der ersten Wahl beim lokal begrenzten Prostatakarzinom. Bei der operativen radikalen Prostatektomie wird die Prostata vollständig entfernt. Sie wird neben einer Strahlentherapie häufig bei einem lokal begrenzten Prostatakarzinom angewendet. Dennoch können mit ihr unerwünschte Folgen wie die Harninkontinenz und die erektile Dysfunktion verbunden sein. Wie andere Krebserkrankungen ist auch das Prostatakarzinom als chronische Gesundheitsstörung zu betrachten und zieht damit erhebliche Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (healthrelated quality of life = HRQL) nach sich. Neben der Verarbeitung der Krebsdiagnose an sich wirken die unerwünschten Folgen der Operation auf die HRQL ein. In die Begleitung und Therapie der betroffenen Männer und ihrer Zugehörigen sowohl bezogen auf das körperliche als auch psychische Wohlbefinden fließen die Expertisen verschiedener Berufsgruppen und Disziplinen ein. Die Qualität der Zusammenarbeit hängt u. a. davon ab, ob es inhaltliche, strukturelle und organisatorische Vereinbarungen gibt.

Die Leitlinie versteht sich als Handlungsempfehlung für Urotherapeuten, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Ärzte, die an der Kontinenzförderung bei Betroffenen vor und nach einer radikalen Prostatektomie beteiligt sind.

Es handelt sich um eine Erstfassung, angelehnt an das S2k-Niveau der AWMF, die durch eine Initiative von Urotherapeuten mit unterschiedlichen grundständigen Professionen im Rahmen einer Arbeitsgruppe entwickelt wurde.

In dieser Leitlinie werden Schlüsselempfehlungen formuliert. Auf Angaben zur formalen Evidenz wurde verzichtet. Die Schlüsselempfehlungen werden in 3 Stufen eingeteilt:

- starke Empfehlungen (soll oder soll nicht)
- Empfehlungen (sollte oder sollte nicht)
- Empfehlung offen (kann erwogen werden)

Die Schlüsselempfehlungen entstanden auf der Grundlage systematischer Literaturrecherchen in folgenden Datenbanken: Cochrane library, PubMed, Google scholar, Livivo (Zentralbibliothek Medizin).

Die Arbeitsgemeinschaft der UrotherapeutInnen, gestützt durch die D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V., hat sich mit dem Leitlinienprogramm konservative Therapien vor und nach radikaler Prostatektomie das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung sowie den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien bezogen auf die urotherapeutischen Therapieoptionen zu fördern und zu unterstützen. Die Basis dieses Programms beruht auf den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen der Fachgesellschaft und dem Konsens der medizinischen Fachexperten, Anwender und Betroffenen sowie auf dem Regelwerk für die Leitlinienerstellung. Um den aktuellen Stand des medizinischen Wissens abzubilden und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, wird diese Leitlinie regelmäßig überprüft und fortgeschrieben (nach Ermessen von D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.). Die Anwendung des AWMF-Regelwerks (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) soll hierbei Grundlage zur Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Leitlinie sein. Da diese Leitlinie ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Therapie vor und nach radikaler Prostatektomie darstellt, soll sie gezielt und nachhaltig in den Versorgungsalltag eingebracht werden. So sind aktive Implementierungsmaßnahmen und auch Evaluationsprogramme ein wichtiger Bestandteil der Förderung des Leitlinienprogramms. Ziel des Programms ist es, in Deutschland, Österreich und der Schweiz professionelle und mittelfristig finanziell gesicherte Voraussetzungen für die Entwicklung und Bereitstellung einer hochwertigeren Leitlinie zu schaffen. Diese Leitlinie dient nicht nur dem strukturierten Wissenstransfer, sondern sie kann auch in der Gestaltung der Struktur des Gesundheitssystems mit der Förderung der Harnkontinenz urotherapeutische Maßnahmen unterstützen und somit ihren Platz finden.

II. Geltungsbereich und Zweck

Zielsetzung und Fragestellung

Die Leitlinie zu konservativen Therapieformen vor und nach radikaler Prostatektomie unter Berücksichtigung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms ist ein interdisziplinäres und konsensbasiertes Instrument, um das klinische Management nach der Diagnosesicherung richtungsweisend abbilden zu können und um den therapeutischen Verlauf des Prostatakarzinoms zu verbessern. Ärzte, Pflegende und Therapeuten sollen durch die Leitlinie bei der Entscheidung über therapeutische Maßnahmen unterstützt werden. Die Leitlinie soll dazu beitragen, eine angemessene, individuell angepasste Gesundheitsversorgung vor und nach der Operation sicherzustellen. Es ist weiterhin die Aufgabe der Leitlinie, Urotherapeuten, Pflegekräften, Physiotherapeuten und Ärzten evidenzbasierte Maßnahmen in der Begleitung von Männern vor und nach radikaler Prostatektomie anzubieten. Dies gilt insbesondere auch für die Information, Beratung, Anleitung und Schulung durch spezialisiertes Fachpersonal, welches die Grundlage der urotherapeutischen Betreuung darstellt. Die Leitlinie soll neben dem Beitrag für eine angemessene Gesundheitsversorgung auch die Basis für eine individuell zugeschnittene, qualitativ hochwertige Therapie bieten. Frühzeitig soll so die Erlangung der Harnkontinenz von Patienten nach radikaler Prostatektomie gefördert, wieder hergestellt und somit die Lebensqualität positiv beeinflusst werden. Dieses Ziel gilt nach der Förderung der Harnkontinenz auch für die postoperative erektile Dysfunktion. Durch die Implementierung leitliniengerechter Behandlungen soll unerwünschten Folgen der operativen Therapie des Prostatakarzinoms vorgebeugt bzw. sollen diese minimiert werden.

Die folgenden Empfehlungen richten sich an Urotherapeuten und alle Berufsgruppen, die mit der Rehabilitation im Rahmen der radikalen Prostatektomie befasst sind. Weitere Adressaten dieser Leitlinie sind übergeordnete Organisationen (z. B. Krankenkassen und Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung) und die interessierte Fachöffentlichkeit.

III. Definitionen: Prostatakarzinom, Inkontinenz, erektile Dysfunktion, Urotherapie

III.1 Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist ein bösartiger Tumor und in Deutschland die häufigste Krebserkrankung und die dritthäufigste Krebstodesursache bei Männern. Pro Jahr werden ca. 65000 Neuerkrankungen diagnostiziert. Das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Seltener tritt die Erkrankung vor dem 50. Lebensjahr auf. Das Karzinom kann in verschiedenen Bereichen der Prostata auftreten (Lorch/Alberts 2015; Leitlinienprogramm Onkologie 2021; Krebsinformationsdienst (KID)/Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) 2020 & 2021). Die häufigste Form ist ein von Drüsenepithelien ausgehendes Karzinom (Adenokarzinom). Selten werden Sarkome nachgewiesen. Der Tumor entwickelt sich vollständig unabhängig von – aber häufig gleichzeitig mit – einer benignen (gutartigen) Prostatahyperplasie (Gasser 2015, S. 110).

Es werden 3 Tumorstadien unterschieden: das örtlich begrenzte, das örtlich fortgeschrittene und das metastasierte fortgeschrittene Prostatakarzinom (Leitlinienprogramm Onkologie 2021).

In Studien konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden, dass eine Entzündung der Prostata (Prostatitis) als Auslöser dieser Krebserkrankung anzusehen ist. Es zeigten sich jedoch Hinweise, die sich als Zusammenhang zwischen chronischer Entzündung der Prostata und Entstehung dieser Krebsart deuten lassen.

Initial liegen meist keine Symptome vor. Klinisch manifest wird ein Prostatakarzinom durch sein abflussbehinderndes Tumorwachstum oder selten durch Metastasenschmerzen (Lumbago, Ischias) als erstes Krankheitssymptom überhaupt (Gasser 2015, S. 110).

Die genaue Ätiologie des Prostatakarzinoms ist nicht bekannt (Graefen 2014, S. 218).

Männer sollen darauf hingewiesen werden, dass das Alter der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten eines Prostatakarzinoms ist (Deutsche Krebsgesellschaft 2022). Auch genetische Faktoren spielen bei der Entstehung eines Prostatakarzinoms eine Rolle. 10 bis 15 % aller Prostatakarzinome sind hereditär (erblich) bedingt (Graefen 2014, S. 218).

Es existiert eine Reihe von Hinweisen, dass genetische Faktoren, Umwelteinflüsse und Ernährung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Prostatakrebs spielen. Verschiedene Studien haben eine Reihe möglicher anderer Risikofaktoren identifiziert: Übergewicht, ein niedriger Vitamin-D-Spiegel und die Ernährung können hierbei eine wichtige Rolle spielen. So scheint Übergewicht mit einem reduzierten Risiko für nicht-aggressive, aber mit einem höheren Risiko für aggressive Tumoren der Prostata in Verbindung zu stehen (Vutuc et al. 2010). Der World Cancer Research Fund International (2018, S. 7) beurteilte die gegenwärtige Evidenz zu verschiedenen Risikofaktoren (Übergewicht, Betacarotin, hohe Zufuhr an Milchprodukten und Kalzium, Vitamin E, Selen). Die Ergebnisse werden unter V. 2.2 vorgestellt.

III.2 Harninkontinenz

Die International Continence Society (ICS) bezeichnet Harninkontinenz als ein Symptom, das durch jeglichen unfreiwilligen Urinverlust gekennzeichnet ist (Abrams et al. 2003; D'Ancona et al. 2019). Über diese Definition besteht Konsens in den wissenschaftlichen Fachkreisen. Aus diesem Grund wird die Verwendung der Definition empfohlen.

Harninkontinenz wird in verschiedene Formen unterteilt.

Nach radikaler Prostatektomie entwickeln die Männer eine Belastungsinkontinenz, deren Ätiologie noch nicht eindeutig geklärt ist. Ursachen können Veränderungen am Blasenhals, im Bereich der autonomen Nerven oder am Schließmuskel (z. B. Verletzungen) sein. Darüber hinaus entwickeln viele Männer eine Dranginkontinenz im Sinne einer überaktiven Blase. Die Drangsymptomatik ist meist innerhalb eines Jahres überwunden (Stief o. Dat.; Bauer/Rutkowski 2022).

Die Inzidenzrate wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Laut Krull et al. (2019) liegt sie zwischen 6 und 69 %. Bauer & Rutkowski (2022) differenzieren die Inzidenzrate nach den Inkontinenzformen, die sie mit 5 bis 48 % für Belastungsinkontinenzen angeben, während 2 bis 77 % der Betroffenen Symptome einer überaktiven Blase aufweisen. Neu aufgetretene Detrusorüberaktivität und Sphinkterinsuffizienz durch direkte Verletzung sind die wichtigsten Ursachen für die Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie (Borkowetz 2018, S. 1252).

III.3 Erektile Dysfunktion (ED)

Unter dem Begriff „erektil" wird die Fähigkeit zur Erektion verstanden, der Begriff „Dysfunktion" bezeichnet die Störung einer Funktion (Duden online 2022). Es handelt sich damit um eine Erektionsstörung. In der Medizin wird unter „erektiler Dysfunktion" eine fortwährende, d. h. mehr als 6 Monate bestehende Unfähigkeit verstanden, im Rahmen des Geschlechtsverkehrs eine befriedigende Erektion zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Umgangssprachlich wird der Begriff „Impotenz" verwendet.

Die erektile Dysfunktion kann ohne erkennbare Ursache auftreten, die Folge einer Erkrankung (z. B. Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Polyneuropathie, Hypertonie) oder unerwünschte Wirkung von Medikamenten sein (z. B. Antihypertensiva, Antidepressiva). Sie kann die Folge von Verletzungen im Beckenbereich sein und auch in der Folge von Operationen (Enddarm, Prostata) auftreten. Die Erfassung der Ursachen muss vor Einleitung einer Therapie erfolgen. Die erektile Dysfunktion hat Auswirkungen auf die physische und psychosoziale Gesundheit der betroffenen Männer sowie deren Partnerschaft und ihr soziales Umfeld (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020; Haensch et al. 2018; Tiemann 2022).

III.4 Urotherapie

Ursprünglich aus der Pädiatrie kommend, hat sich die Urotherapie auch in Deutschland für die Begleitung von Menschen jeglichen Lebensalters mit Ausscheidungsstörungen und Inkontinenzen etabliert (Janhsen et al. 2007). Die ICCS (International Childrens Continence Society) definierte Urotherapie als konservatives, nicht-operatives und nicht-pharmakologisches Behandlungskonzept (Neveus et al. 2006; Hoebeke 2006).

Urotherapie steht für die Rehabilitation der unteren Harnwege und betreut die Betroffenen ganzheitlich in Form von Information, Beratung, Anleitung und Schulung (Hellstrom et al. 1987; Gitschel et al. 2013, S. 80–81). Sie umfasst die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Menschen mit funktionellen, organischen oder neurologisch bedingten Störungen der Blasen- und Darmentleerung. Nach fachgerechter Diagnose der Störung muss eine Behandlung erfolgen, die der persönlichen Lebenssituation und den individuellen Möglichkeiten der Betroffenen entspricht. Zu den Zielen der Urotherapie gehören die Entmystifizierung der Problemstellung, die Kontinenzförderung, die Förderung des Selbstmanagements und die Begleitung Zu- und Angehöriger, auch bei chirurgischer und medikamentöser Therapie. Aufgrund der Komplexität der Problemstellungen arbeiten Urotherapeuten in einem interdisziplinären Team, zu dem u. a. Ärzte verschiedener Fachbereiche, Psychologen und Physiotherapeuten gehören (Janhsen-Podien 2019; D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V. (DACH) 2020).

Eine evaluierende deutsche Studienlage hinsichtlich speziell erfolgter Kontinenzberatung im Rahmen der radikalen Prostatektomie durch professionelle Pflegefachkräfte in der Klinik gab es bislang nicht (Hayder/Schnepp 2014).

Im Kinderbereich sind Konsentierungen über Diagnostik und Therapie durch die Konsensusgruppe Kontinenzschulung (KgKS) seit ihrer Gründung 2003 gelungen (KgKs 2022). Für die Arbeit der Urotherapeuten im Erwachsenenbereich steht diese Arbeit erst am Anfang.

Neben der hohen Prävalenz der Erkrankung spricht vor allem die Pathogenese der Harninkontinenz für einen standardisierten urotherapeutischen Behandlungsansatz. Zur Sicherung einer einheitlichen, nachprüfbaren Qualität der urotherapeutischen Begleitung müssen Instrumente entwickelt werden.

IV. Epidemiologie und Therapie des Prostatakarzinoms

Das Prostatakarzinom ist mit 25,4 % aller diagnostizierten Krebserkrankungen die häufigste Krebserkrankung des Mannes in Deutschland. Jährlich erkranken etwa 65 000 Männer in Deutschland neu an diesem Tumor. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei ca. 69 Jahren.

Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland voraussichtlich auf ca. 28 Millionen ansteigen (37 % der Gesamtbevölkerung) und damit doppelt so hoch sein wie heute. Eine Zunahme der Prostatakrebserkrankungen ist im gleichen Umfang zu erwarten. Dieser demografischen Entwicklung müssen Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Prostatakarzinoms Rechnung tragen (Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 24).

Eine Therapie der ersten Wahl beim lokal begrenzten und lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom ist die radikale Prostatektomie (Wirth/Fröhner 2014, S. 576 f.).

Obwohl dieses Therapieverfahren bei vielen ExpertInnen als Goldstandard gilt, beinhaltet sie nicht unerhebliche Risiken, die postoperativ zu einer Einschränkung der Harnkontinenz und der Erektionsfähigkeit bei den betroffenen Männern führen können (Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 102 ff.).

Neben der Tumorfreiheit spielt die Lebensqualität eine zentrale Rolle in der Bewertung des Therapieerfolges.

Harninkontinenz und erektile Dysfunktion wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus (Börgermann et al.

2010, S. 484; John/Maletzki 2015, S. 4; Rick et al. 2015. S 6/S. 8).

Neben diesen prostataspezifischen Problemen sind jedoch auch generelle gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen von Bedeutung.

Patienten berichten auch in anderen Lebensbereichen von signifikanten Beeinträchtigungen. So leiden die betroffenen Männer verstärkt unter Fatigue und Schlafstörungen. Oft zeigen sich zudem erhöhte emotionale Belastungen. Diese sind vor der Therapie besonders ausgeprägt. Es ist erforderlich, all diese Probleme frühzeitig mit den Betroffenen zu besprechen und therapeutische Möglichkeiten aufzuzeigen.

Eine chronische Erkrankung „beeinträchtigt das Liebesleben; sie beeinträchtigt die Finanzen, den Freundeskreis, die Arbeit: sie beeinträchtigt die Qualität der ruhigen Zeit miteinander, wie entspannt man ist, alles! Es gibt nichts, was sie nicht beeinflusst“ (Corbin/Strauss 2004, S. 33).

Die Beeinträchtigungen, die die Betroffenen selbst erfahren, beziehen sich somit nicht ausschließlich auf körperliche Symptome, z. B. Schmerzen oder Verlust der körperlichen Integrität, und Funktionsstörungen, z. B. verminderte Leistungsfähigkeit oder Verlust der sozialen Rolle. Darüber hinaus ist das emotionale Wohlbefinden beeinflusst, auch durch Auswirkungen der Gesundheitsstörung und der Therapie auf die Sexualität. Wie stark die Beeinträchtigungen individuell empfunden werden, hängt nicht ausschließlich von der Schwere der Gesundheitsstörung ab, sondern wird durch andere Faktoren, z. B. Copingstrategien oder soziale Unterstützung, wesentlich mitbestimmt. Soziale Unterstützung und sexualtherapeutische Interventionen können sich positiv auswirken.

Ca. 1/3 der betroffenen Männer hat ein Hilfebedürfnis aufgrund psychischer und/oder sexueller Problemstellungen und/oder Informationen zum Gesundheitssystem und/oder Gesundheitsfragen (Steginga et al. 2001).

Aus unterschiedlichen Gründen scheuen sich Betroffene jedoch, von sich aus Problemstellungen anzusprechen bzw. über deren Umfang zu berichten. Dies wirkt aktivem Coping entgegen. Aktives Nachfragen ist eine unterstützende Maßnahme, denn aktives Coping wirkt sich positiv auf die Bewältigung der Gesundheitssituation aus.

Eine adäquate Therapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei nicht invasivem Prostatakarzinom muss leitliniengerecht erfolgen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021). Dabei bildet die Beratung über Belastungen und Nebenwirkungen der Therapie die Grundlage eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes (Holze et al. 2012, S. 146 f.).

V. Urotherapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei nicht invasivem Prostatakarzinom

Urotherapie ist ein Konzept zur ganzheitlichen Sicht auf Menschen mit funktionellen, organischen oder neurologisch bedingten Störungen der Blasen- und Darmentleerung. Der Bedarf an urotherapeutischer Begleitung variiert entsprechend den unterschiedlichen Phasen der Bewältigung der Gesundheitsstörung. Diese beginnen bei der Konfrontation mit der Diagnose und umfassen die Akutbehandlung, die Rehabilitation sowie die Begleitung darüber hinaus, insbesondere auch, wenn die onkologische Gesundheitsstörung entsprechende Störungen verursacht.

V.1 Wegweiser anhand von Behandlungspfaden

In den Krankenhäusern wurden Behandlungspfade aufgrund der Diagnosis Related Groups (DRGs) insbesondere zur Prozessoptimierung notwendig, um die Verweildauer zu senken.

Aber auch aus Sicht von Patienten sind sie ein wünschenswertes Instrument, denn sie ermöglichen eine Optimierung von Prozessen anhand definierter Behandlungsziele, dienen damit der Verbesserung der Qualität und

machen Leistungen transparent (Hellmann 2010, S. 5). Die folgenden Behandlungspfade wurden unter dieser Perspektive von UrotherapeutInnen entwickelt. Ihr Ziel ist die Sicherstellung urotherapeutischer Begleitung über den gesamten Behandlungsverlauf.

V.1.1 Behandlungsablauf präoperatives Kontinenztraining

Die WHO stellte 2015 die personenzentrierte Betreuung in den Mittelpunkt von Gesundheitsdienstleistungen. Dies schließt ein, dass Gesundheitsinstitutionen die Vorstellungen, Kenntnisse, Präferenzen und individuellen Bedürfnisse der NutzerInnen in die Behandlung aufnehmen (WHO 2015).

Unter Patientenedukation wird eine geplante, organisierte Lernerfahrung verstanden, die auf eine Verhaltensanpassung oder Anpassung der Einstellungen von Menschen zu ihrer Gesundheitsstörung oder auf die Verbesserung von Operationsergebnissen zielt (Huber 2019; McDonald et al. 2014).

Informationen zur richtigen Zeit im Verlauf der Gesundheitsstörung tragen zu einer größeren Beteiligung bei Entscheidungsfindungen, größerer Zufriedenheit, verbesserter Therapietreue und zur Abnahme von Ängsten bei (Fletcher et al. 2016, S. 383 ff.).

Präoperative Edukation trägt zu weniger Angst bei, für das Vorhandensein für Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz fehlt die Evidenz. Unter Gesundheitskompetenz versteht man das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, Gesundheitsinformationen zu finden, zu beurteilen und anzuwenden und damit Handlungsfähigkeit zu entwickeln (Huber 2019; Santa Mina et al. 2014; Schaeffer et al. 2008).

Die Unterstützung der Männer und ihrer Zu- und Angehörigen beginnt bereits vor dem Operationstermin in einer Situation, in der die betroffenen Menschen nach dem ersten Diagnoseschock mit dem Beginn der operativen Therapie konfrontiert sind. Bereits zu diesem Zeitpunkt werden die Weichen für ein aktives Coping durch Information, Schulung und Beratung sowie durch den Aufbau einer kontinuierlichen urotherapeutischen Begleitung gelegt. Auch wenn die Qualität und Heterogenität der Studien bemängelt wird (Waller et al. 2015), wird in der Literatur der Effekt von Schulungen, auch präoperativen Schulungen, positiv im Hinblick auf den Umgang betroffener Menschen mit den Herausforderungen durch Diagnose, Therapie und ihren Folgen bewertet (Albaugh et al. 2017; Zellner et al. 2017; Huber et al. 2015; Alanzi 2014; Waller et al. 2015; Singh et al. 2013; Chang et al. 2016).

Im Rahmen eines umfassenden urotherapeutischen Konzeptes erfolgt das Angebot, 2 Wochen vor Operationstermin an einer 90-minütigen Schulung in der Klinik teilzunehmen. Ziel der Schulung ist neben der Beantwortung von Fragen das Kennenlernen und das gezielte Üben der Beckenbodenwahrnehmung und Schließmuskelansteuerung.

Die Anatomie und Physiologie der Prostata und Blase sowie des Beckenbodens und der Harnröhrenschließmuskel werden anhand von Bildern und einem Beckenbodenmodell erläutert. Dieses erlernte Wissen über die Fähigkeit, Bereiche im Körper gezielt anzusteuern, von denen viele Männer vorab nur wenig wussten, soll Männer befähigen und motivieren, das Erlernte auch für sich in der präoperativen Phase zu Hause umzusetzen. Folgende Schulungsinhalte werden vermittelt:

- den Harnröhrenschließmuskel zu fühlen und anzusteuern,
- den Beckenboden zu entspannen und sensibel wahrzunehmen,
- die Atmung unterstützend einzusetzen,
- physiologisches Aufstehen aus dem Bett über die Seite,
- Thromboseprophylaxe durch Aktivierung der Wadenpumpe.

Da vor der Operation keine Schmerzsymptomatik vorhanden ist und es keine Funktionsstörungen, z. B. durch

Schwellungen im Operationsgebiet, gibt, haben es die Betroffenen aufgrund der intakten Anatomie leichter, den äußeren Harnröhrenschließmuskel zu erspüren. Dies fördert die Motivation.

Das Angebot beinhaltet, dass die Betroffenen ihre PartnerInnen zum Schulungstermin mitbringen können.

Durch die Vermittlung von Informationen in ruhiger Umgebung kann eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufgebaut werden, in der auch schwierige Themen direkt angesprochen werden können. So wird ein Grundstein für eine über den gesamten Behandlungsverlauf tragfähige Arbeitsbeziehung gelegt.

V.1.2 Behandlungsablauf im Akutkrankenhaus

Die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Männer ändern sich im Behandlungsverlauf. Handlungsleitend ist das Prinzip: „specific situation/right time“ (Wennerberg et al. 2021; National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2021). In der präoperativen Phase stehen die Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung an sich und die Vorbereitung auf die Operation und deren unerwünschte Wirkungen (Harninkontinenz, ED) im Vordergrund. Postoperativ besteht ein Bedarf an Informationen zum Verhalten bezogen auf die Ausscheidung sowie über anstehende Untersuchungen. Zunehmend beginnt die Auseinandersetzung mit einer neuen lebensverändernden Situation, da die Wahrnehmung von Männlichkeit neu definiert wird (Kong et al. 2017; National Institute for Health Research 2017). So erleben die betroffenen Männer durch die Operation körperliche, psychische, sexuelle und soziale Veränderungen, die in der Rehabilitationsphase weiterverarbeitet werden müssen.

Die kontinuierliche urotherapeutische Betreuung und Edukation unterstützt die Betroffenen auch in dieser Phase. Daraus ergibt sich folgende Struktur:

- Beim ersten postoperativen Kontakt werden Informationen zur Intim- und Katheterpflege und zum Trinkverhalten gegeben. Auch stuhlregulierende Maßnahmen werden angesprochen.
- Beim zweiten Besuch erfolgt die Beratung zu Hilfsmitteln und deren Kostenübernahme. Der betroffene Mann erhält Muster von verschiedenen Inkontinenzprodukten.

Beim nächsten Besuch wird über das bevorstehende Zystogramm informiert und über das Miktionsverhalten nach Katheterentfernung. Erneut werden Übungsanleitungen zur Aktivierung des Harnröhrenschließmuskels erläutert und in schriftlicher Form ausgehändigt.

Informationen zur Anschlussheilbehandlung werden je nach Bereitschaft des Betroffenen in die Beratungen integriert. Bei allen Kontakten erfragt der Urotherapeut die aktuelle Befindlichkeit und greift individuell vorhandene Fragen auf. Bei Bedarf stellt der Urotherapeut den Kontakt zu anderen Mitgliedern des multiprofessionellen, interdisziplinären Teams her (z. B. Urologen, Physiotherapeuten, Psychoonkologen). Der Urotherapeut dokumentiert die Inhalte und Ergebnisse der Interventionen. Die Dokumentationen sind für alle an der Therapie beteiligten Mitglieder des multiprofessionellen, interdisziplinären Teams zugänglich.

V.1.3 Behandlungsablauf in der Fachklinik für uroonkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung (AHB)

Besonders bei onkologischen Erkrankungen schließt sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus eine Anschlussheilbehandlung in einer spezialisierten Klinik für Rehabilitation an, um den Erholungs- und Genesungsprozess zu beschleunigen. Eine Anschlussheilbehandlung findet zeitnah nach der Entlassung aus der Klinik statt. In der Regel werden die Betroffenen nach radikaler Prostatektomie nach kurzem Aufenthalt zu Hause – maximal 2 bis 4 Wochen – in die Anschlussheilbehandlung (AHB) aufgenommen. Im Fokus stehen Hilfestellungen im Umgang mit den zum Teil unvermeidbaren körperlichen Folgen der Behandlung des Prostatakarzinoms. Dazu gehören Harninkontinenz und erektile Dysfunktion sowie die Bewältigung psychischer oder so-

zialer Probleme wie auch der Wiedereinstieg ins Berufsleben (Heuveling 2021). Erfasst werden müssen Vorkenntnisse über das Beckenbodentraining, die Hilfsmittelversorgung und Verhaltensweisen bezogen auf die Harninkontinenz, die erektile Dysfunktion und eine gesunde Lebensführung (Rick et al. 2015). Aufgrund der Krebsdiagnose und der damit verbundenen Krankheitsbewältigung geraten manche in der Akutversorgung erhaltene Informationen in Vergessenheit. Im Rahmen des Aufnahmegespräches einschließlich der ärztlichen Untersuchung wird der Behandlungsplan für den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik individuell auf den Betroffenen abgestimmt und festgelegt. Dabei kommen den Mitgliedern des multiprofessionellen Teams unterschiedliche Aufgaben zu. Einen Schwerpunkt bildet das Kontinenztraining durch spezialisierte Physiotherapeuten. Die urotherapeutische Edukation ist unerlässlich, um den Betroffenen den Umgang mit den häufigen Folgestörungen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion im täglichen Umgang zu erleichtern. Daraus ergibt sich, dass durch den Einsatz spezieller Hilfsmittel und Anpassung von Verhaltensweisen Erleichterungen im gesellschaftlichen Leben und in der Partnerschaft gegeben werden können. In einer Gruppenberatungseinheit mit der Option einer anschließenden Einzelberatung besteht die Möglichkeit, effizient und ressourcensparend durch urotherapeutische Edukation die Tabuthemen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion zu bearbeiten und die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern.

Der Urotherapeut dokumentiert die Inhalte und Ergebnisse der Interventionen. Die Dokumentationen sind für alle an der Therapie beteiligten Mitglieder des multiprofessionellen, interdisziplinären Teams zugänglich (Friedl-Huber et al. 2007).

V.2 Urotherapeutische Edukation

Grundsätzlich besteht ein Bedarf an Informationen zur Erkrankung, zur Behandlung und ihren Nebenwirkungen sowie zu Behandlungsoptionen, aber auch hinsichtlich Krankheitsbewältigung und Selbstversorgung. Edukation beinhaltet die Einschätzung des individuellen Bedarfs, der sich im Krankheits- bzw. Therapieverlauf verändert (Cockle-Hearne/Faithfull 2010; Ronco et al. 2012; Paterson et al. 2014; Dautel 2015; Gordon et al. 2019). Wesentlich ist die individuelle Lebenssituation des/der Betroffenen einschließlich seiner Arbeitswelt.

Zugehörige haben darüber hinaus einen spezifischen Bedarf an Gesundheitsinformationen bezogen auf die Pflege in den verschiedenen Phasen der Erkrankung und Therapie und ebenfalls einen Bedarf an Informationen zur Krankheitsbewältigung sowie zum Gesundheitszustand bzw. Genesungsprozess (Antony/Flaschberger 2021, S. 12 ff.; Northouse et al. 2007; Green et al. 2019; Zentrum für Qualität in der Pflege 2016).

Urotherapeutische Edukation nutzt (pflege-)wissenschaftliche Erkenntnisse und pädagogisches Wissen. Ihre Inhalte sind evidenzbasiert.

V.2.1 Edukation/Verhaltenstraining

Prostatakrebs und die damit verbundene Therapie erfordert von den Betroffenen angepasste Selbstpflege über eine lange Zeit. Die Professionen im Gesundheitswesen können die Entwicklung entsprechender Fähigkeiten unterstützen und damit die Selbstpflege stärken (Wennerberg et al. 2021, S. 6; Ernstmann et al. 2016; Gröndahl et al. 2019; Hedden et al. 2017; Naegele 2006 a/b; National Institute for Health and Care Excellence (Nice) 2021; Schäfer/Abt-Zegelin 2009).

In die Ausführungen zur Edukation fließen Aussagen verschiedener AutorInnen ein, auch wenn sie hier nicht explizit als Quellen genutzt werden (s. auch Literaturverzeichnis).

Urotherapeutische Interventionen beziehen Aspekte der kognitiven Verhaltenstherapie ein (Wachs 2018, S. 34). Diese unterstützten Veränderungen der Strategien im Umgang mit und Bewältigung von Gesundheitsstörungen (Mahrer-Imhof/Bruylands 2014, S. 286).

Dazu gehören Veränderungen des Lebensstils, wie z. B. beckenbodengerechtes Verhalten, mehr Bewegung,

die Einteilung der Trinkmenge über den Tag, Anpassung des Ausscheidungsverhaltens oder eine Gewichtsreduktion. Studien zur Wirkung von Lebensstilveränderungen wurden schwerpunktmäßig bei alten Menschen und Menschen mit Dranginkontinenz durchgeführt. Studien zu den Effekten auf eine männliche Belastungsinkontinenz fehlen. Jedoch wird die Verhaltenstherapie auch für diese Zielgruppe empfohlen (Bauer et al. 2015, S. 891). Davis et al. (2019) stellen heraus, dass einige Krebserkrankungen ein erhöhtes Risiko für späte und langfristige Wirkungen nach der Therapie haben und zählen an Prostatakrebs Erkrankte dazu (z. B. Harninkontinenz, erektile Dysfunktion, die Verf.). Gleichzeitig bemängeln sie zu wenig Begleitung der Betroffenen in der Phase nach der Behandlung und sprechen sich dafür aus, dass durch planmäßige, individuelle Unterstützung Betroffene in der Bewältigung der Problemstellungen unterstützt und in ihren Selbstpflegefähigkeiten gefördert werden (ebd. S. 9).

V.2.2 Ernährungs- und Trinkverhalten

Der World Cancer Research Fund International (2018) stellte fest, dass es eine starke Evidenz dafür gibt, dass Übergewicht das Risiko erhöht, an Prostatakrebs zu erkranken, während die Zufuhr von Betacarotin keinen substanziellen Effekt hat. Geringe Evidenz wurde bezogen auf die Erhöhung des Erkrankungsrisikos durch hohe Zufuhr von Milchprodukten und Kalzium angemerkt. Geringe Evidenz liegt ebenfalls bezogen auf die Auswirkungen niedriger Spiegel an Vitamin E und Selen vor (ebd., S. 7 ff.).

Übergewicht wird auch in anderen Publikationen als Risiko bezeichnet (Jing et al. 2008; Soljanek et al. 2008).

Grundsätzlich gibt es keine spezielle „Krebsdiäten“ und keine spezifischen Anforderungen an die Ernährung von Männern mit Prostatakrebs. Eine gesunde Ernährung kann jedoch die Tumorbehandlung positiv beeinflussen.

Nahrungsergänzungen sind nur bei nachgewiesenen Mängeln erforderlich, sie werden nicht generell empfohlen. Nach der Therapie kommen die allgemeinen Ernährungsempfehlungen zum Tragen wie ein stabiles, normales Körpergewicht, generell wenig, insbesondere wenig rotes Fleisch, reichlich Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Obst und Gemüse. Weniger Salz und Zucker, schonende Zubereitung der Nahrung, ausreichend Trinken, sich Zeit lassen beim Essen und genießen (Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)/Krebsinformationsdienst 2017 & 2022; Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2017; Deutsche Gesellschaft für Ernährung o. Dat.)

Eine Ernährungsumstellung kann zur Vermeidung weiterer Gesundheitsstörungen beitragen, die unabhängig von der Krebserkrankung auftreten könnten (z. B. Herz-Kreislauferkrankungen).

Die Ernährung und der Lebensstil können durch die Betroffenen aktiv beeinflusst werden. Dies stärkt ihre Motivation und ihr Selbstgefühl.

V.2.3 Kontinenztraining Einleitung

Im Rahmen einer Prostatektomie wird der Schließmuskel zwischen Prostata und Blase mit entfernt. Der Beckenboden muss dieses Defizit durch gezieltes Training in Verbindung mit dem noch vorhandenen Schließmuskel ausgleichen. Die Ursachen der Postprostatektomie-Inkontinenz sind multifaktoriell. Nahon (2021, S. 89) führt die Funktionsstörung des Schließmuskels, die Detrusormuskelüberaktivität, eine geringe Blasencompliance und postoperative Veränderungen der Empfindungen an. Als weitere Ursachen nennt sie die Schwäche oder Schlaffheit des Harnröhrenschließmuskels, die Zerstörung von Strukturen, die den Blasenhals unterstützen, und die chirurgische Schädigung des Beckenbodenmuskels (ebd.).

Baunacke et al. (2021, S. 2934) stellen fest, dass die Hälfte der Männer mit Post-Prostatektomie-Inkontinenz ohne entsprechende Behandlung mittelschwere bis große Probleme sowie signifikante Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und Lebensqualität erlebt.

Das Kontinenztraining ist ein multimodales Konzept. Es umfasst Verhaltenstherapie einschließlich Beckenbodentraining mit oder ohne Elektrostimulation und/oder apparatives Biofeedback, Maßnahmen zur Blasenkontrolle, Flüssigkeitsmanagement und das Führen von Blasentagebüchern (Goode et al. 2011, S. 159; Soto Gonzales et al. 2020; Zellner 2011, S. 441).

Entscheidend ist dabei, welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt (prä- oder postoperativ oder im weiteren Verlauf) angezeigt sind. In der Literatur wird die Bedeutung der Prärehabilitation, also die Vorbereitung auf die postoperativen Veränderungen und das Erlernen von entsprechenden Strategien durch Einführung in das Beckenbodentraining bei Konzentration auf die entsprechende Muskulatur und die Blasenfunktionsstörung als effektiver beschrieben, wenn noch kein Schmerz oder keine Schwellung entstanden sind. Dies wird als förderlich für ein verbessertes Kontinenzergebnis betrachtet (Hall et al. 2020; Chang et al. 2016; Nahon 2021).

V.2.3.1 Miktionstagebuch/Miktionstraining

Entsprechend den erfassten Informationen werden analog zur International Continence Society (ICS) die genutzten Instrumente bezeichnet: Der Erfassung der Miktionszeitpunkte dienen Miktionskalender, während Miktionsprotokolle zusätzlich dazu die Miktionsvolumina dokumentieren und Miktionstagebücher darüber hinaus die Zeitpunkte und dazugehörige Trinkmengen, Blasensymptome sowie Inkontinenzepisoden aufführen. Auch Drangsymptome, der Vorlagenverbrauch sowie Stuhlgewohnheiten können abgebildet werden. Dadurch erlauben sie, die verschiedenen Parameter in Beziehung zu setzen und die Situation detaillierter zu beschreiben (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2019, S. 14; Nahon 2021, S. 90; ICS 2017). Miktionstagebücher sind nicht nur ein diagnostisches Instrument, sondern Grundlage des Miktionstrainings (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2019).

Die International Continence Society empfiehlt, Miktionstagebücher über 3 Tage zu führen (Abrams et al. 2017, S. 2615). Die Guidelines der European Association of Urology Nursing greifen dies auf (Nambiar et al. 2018).

In den ersten post-operativen Wochen liegt der Fokus auf der Schonung der Anastomose. Die Füllung der Blase sollte nicht zu hoch sein. Konkrete Empfehlungen hierzu variieren in der Praxis. Dazu gehören z. B., in den ersten 2 bis 4 Wochen tagsüber alle 2 Stunden und nachts alle 3 bis 4 Stunden die Blase zu entleeren. In der Rehabilitation kann empfohlen werden, die Blase erst bei Harndrang zu entleeren, um das Blasenvolumen langsam zu steigern. Aufgrund der Drangsymptomatik führt dies häufig zu zweistündlichen Entleerungen.

Nach der Prostatektomie entwickeln Männer oft kontraproduktive Bewältigungsstrategien, z. B. die Verringerung der Flüssigkeitsaufnahme oder häufige Blasenentleerungen, um Inkontinenzepisoden zu verringern. Tatsächlich führt die daraus resultierende Verringerung der Blasenkapazität zur Verschlechterung des Dranges und der Dranginkontinenz (Nahon 2021, S. 90).

V.2.3.2 Beckenbodentraining bei Inkontinenz

Beckenbodentraining ist eine etablierte konservative Behandlung im Rahmen der Post-Prostatektomie-Inkontinenz (Mungrovan et al. 2016, S. 1). Das Beckenbodentraining sollte in der präoperativen Phase beginnen (Chang et al. 2016, S. 460–467; Hall et al. 2020). Nahon (2021, S. 91) greift dies auf und benennt konkrete Ziele des Trainings in der präoperativen Phase. Das präoperative Training führt dazu, dass die Betroffenen bereits vor den Harninkontinenz auslösenden Aktivitäten ihre Beckenbodenmuskulatur angepasst aktivieren (Mungrovan et al. 2016, S. 225). Schmuck (2017, S. 17) geht davon aus, dass im Training Erlerntes sofort in den Handlungsmodus aufgenommen und durch Wissen sowie den Memoryeffekt unerwünschtes Verhalten vermieden wird. Die Erfahrung, Harninkontinenz aktiv vorbeugen zu können, kann dazu führen, dass weniger Stress erlebt wird.

Das Wissen über die spezifischen Schädigungen und die Umsetzung dieses Wissens in eine adäquate Anleitung

der Betroffenen sind entscheidend für die Effektivität des Beckenbodentrainings. Eine sorgfältige Anamnese umfasst Aussagen zu den hauptsächlichen Problemen, zur Inkontinenzform sowie deren Auswirkungen auf das körperliche Wohlergehen, die Lebensqualität und zum Schweregrad anhand objektiver Messungen der Harnverluste (Miktionstagebücher, Pad-Test). Darüber hinaus werden die medikamentöse und chirurgische Vorgeschichte erfasst.

Physiotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation und Erfahrung können weitere Informationen durch körperliche Untersuchungen durch visuelle Inspektion, Palpation oder auch transperinealen Ultraschall gewinnen. Beurteilt werden die Beckenbodenmuskelkontraktionen, die Bewegungen des Penis und des Perineums sowie des Musculus bulbospongiosus. Der Ultraschall wird auch genutzt, um dem Betroffenen seine Beckenbodentätigkeit visuell nachvollziehbar zu machen.

Digital-rektale Untersuchungen können auch bei Beckenbodenüberaktivität hinzugezogen werden, aber aufgrund der damit verbundenen Aktivierung des hinteren Beckenbodens nicht im Rahmen der Einschätzung der Harninkontinenz (Nahon 2021, S. 89–90).

Die Effizienz des Beckenbodentrainings ist abhängig von der Qualität der Anleitung, Überprüfung der Durchführung und der weiteren Begleitung. Nahon (ebd.) legt dar, dass das Hauptaugenmerk bei Männern nach Prostatektomie auf der quergestreiften Muskulatur des Sphinkters liegen muss. Sie werden deshalb dazu angeleitet, ihre Aufmerksamkeit auf den vorderen Beckenboden zu richten und diesen zu aktivieren. Wenn ihnen dies gelingt, können sie diesen Bereich bereits vor einer Erhöhung des abdominellen Drucks straffen, ohne dabei maximale Kraft oder schnelle Kontraktionen anzuwenden. Langsam zunehmende Haltezeit auf submaximalem Niveau treffen den Bedarf der quergestreiften Muskulatur. Auch Terzoni et al. (2015) legen ihr Augenmerk auf die vorausschauende Beckenbodenaktivierung vor alltäglichen Aktivitäten, z. B. Aufstehen oder Husten.

Die Ausbildung der Therapeuten und die Motivation der Betroffenen bilden die Voraussetzungen für die Effizienz des Beckenbodentrainings. Jedwedes aktive Training stärkt die Muskelkraft, fraglich bleibt, ob die Kräftigung am Beckenboden ankommt oder stattdessen die großen Muskelpartien am Oberschenkel, Gesäß oder am Bauch, also für die Kontinenz ineffiziente Muskulatur, angesprochen werden. Folge können schmerzhafte Myalgien („Muskelkater“) und sogar die Verschlechterung der Kontinenzleistung sein. In dieser Situation kann es infolge inadäquater Kontraktion aufgrund einer ungenügenden willkürlichen Kontrolle der Beckenboden- und Sphinktermuskulatur in Verbindung mit gleichzeitiger Kontraktion der für die Kontinenz ineffizienten Muskulatur zur Überdeckung der ohnehin schlechten Beckenbodensignale kommen (Tries 1990).

V.2.3.3 Elektrostimulation/Biofeedback im Rahmen des Kontinenztrainings

Biofeedback dient der Bewusstmachung physiologischer Prozesse, die normalerweise unbewusst ablaufen, über visuelle und akustische Signale. Betroffenen und TherapeutInnen eröffnet es die Möglichkeit, die Effizienz der Übungen und den Fortschritt und die Steigerung aufzuzeigen. Dies kann die aktive Mitarbeit Betroffener fördern. Als Parameter werden Druck und Elektromyographie (EMG) genutzt.

Die Elektrostimulation ist eine konservative Therapieform bei schwacher, atrophischer Muskulatur. Seit 1952 wird die Elektrostimulation auch bei der Therapie von Harninkontinenz eingesetzt (Huffman et al., 1952). Die effektive Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur vermeidet Kontraktionen von Gesäß, Bauch, Adduktoren. Das Beckenbodentraining muss individuell für jeden Patienten angepasst werden und erst, wenn er sicher qualitativ hochwertige Kontraktionen hatte, können die Elektrostimulation oder das Biofeedback hinzugezogen werden (Soto González et al. 2020, S. 2).

Die elektrische Stimulation des Beckenbodens aktiviert die Afferenz des N. pudendus, was wiederum zu einer Aktivierung von Efferenzen des N. pudendus und des N. hypogastricus führt. Hierdurch kommt es zur Kontraktion der quergestreiften periurethralen Muskulatur und der quergestreiften Beckenbodenmuskulatur.

Elektrostimulation ist ein passives Training der Beckenbodenmuskulatur mit dem Ziel, den urethralen Verschlussmechanismus zu verbessern, und gibt somit den Betroffenen die Möglichkeit, durch passives Training die Muskeln des Levators ani zu lokalisieren.

Bei Belastungsinkontinenz werden Stimulationsfrequenzen von 20–50 Hz mit einer Impulsdauer von 0,1–0,3 Millisekunden verwendet. Für den Betroffenen sollte die Anwendung nicht unangenehm oder schmerzhaft sein. Die Übungseinheiten liegen zwischen 15 und 20 Minuten, 1- bis 2-mal täglich über einen Zeitraum von 6–12 Wochen mit Reevaluation, dann ist eine weitere Verordnung bis 6 Monaten möglich (Engels 2013).

Viele Hersteller bieten die Geräte als Kombination von Elektrostimulation und Biofeedback an. So werden Wirkungsweisen beider Einzelverfahren bei entsprechender Indikation kombiniert. Das Biofeedbackverfahren bezieht den Patienten aktiv in die Therapie mit ein, die zusätzlichen elektrischen Impulse fördern die Wahrnehmung der geschwächten Muskulatur und unterstützen den Betroffenen gezielt bei seiner Therapie.

Der Nutzen der Elektrostimulation und des Biofeedbacks wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Goode (2011) sieht bei Inkontinenzen, die länger als 1 Jahr postoperativ bestehen, neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen keine erhöhte Wirksamkeit durch zusätzliches Biofeedback oder Elektrostimulation. Nahon (2021, S. 90) bezeichnet die Evidenz für zusätzliche Elektrostimulation als nicht stark. Für andere Autoren sind Elektrostimulation und Biofeedback Teil des multimodalen Konzepts (Soto Gonzalez et al. 2020, S. 2; Zellner 2011, S. 441). Sie setzten beides jedoch erst nach einer ausführlichen Schulung ein und nachdem der Patient in der Lage zu „qualitativ hochwertiger Kontraktion“ war (Soto Gonzales et al. 2020. S. 3). Oder es wird die Kombination von „qualifizierter Physiotherapie, Elektrostimulation und/oder apparativem Biofeedback und Anwendungstraining unter Alltagsbedingungen“ und die taktile Begleitung durch den Physiotherapeuten oder den Patienten selbst betont, um eine fehlerhafte Aktivierung des Beckenbodens zu korrigieren (Zellner 2011, S. 441–442). Zellner setzte in einer randomisierten kontrollierten Studie alternativ auch die Ganzkörpervibration ein (ebd. S. 443–444).

Biofeedback kann zusätzlich zur Verbesserung der Muskelkraft beitragen, auch Elektrotherapie kann ergänzend eingesetzt werden, wenn ein aktives Anspannen der Schließmuskulatur nicht mehr möglich ist (Pages 2004, S. 33, Prostate Cancer Foundation Australia 2022). Rick et al. (2015, S. 6) sprechen sich für Elektrostimulation bei drittgradiger Inkontinenz aus und empfehlen bei unzureichender Besserung endoskopisches Video-Biofeedback-Spinktertraining (ebd.).

Das Beckenbodentraining ist die erste Option bei Post-Prostatektomie-Inkontinenz. Cochrane-Analysen aus 2004 und 2007 sowie mehrere RCTs stimmen überein, dass sich durch Beckenbodentraining die Kontinenzsituation rascher bessert. Messungen im Langzeitverlauf bestätigen diesen ersten Erfolg nicht (Börgermann et al. 2010). Die Ursachen dafür sollten tiefer erforscht und Konsequenzen für die therapeutische Begleitung gezogen werden.

Der Verlust der körperlichen Selbstkontrolle und die Notwendigkeit, vorübergehend auf Inkontinenzhilfsmittel angewiesen zu sein, führen bei den Betroffenen zu seelischen Belastungen. Die Erfahrung einer Harninkontinenz ist oft nur schwer zu bewältigen. Selbstwertgefühl und Lebensqualität werden zum Teil massiv beeinflusst, die soziale und berufliche Wiedereingliederung erschwert. Es ist nicht verwunderlich, dass die Harninkontinenz bei der Rehabilitation der Betroffenen eine große Rolle einnimmt und oft belastender ist als die Auseinandersetzung mit der Diagnose Krebs. Neben Einschränkungen der Mobilität werden oft depressive Verstimmungen verschiedener Schweregrade beobachtet. Bei den Betroffenen besteht der dringende Wunsch nach schneller Verbesserung der als entwürdigend empfundenen Situation.

Erfahrungsberichte über eine spontan verbesserte Kontinenzleistung in einigen Wochen oder Monaten werden häufig nicht akzeptiert. Betroffene möchten aktiv am Genesungsprozess teilnehmen und sind hoch motiviert (Börgermann 2010).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Beckenbodentraining eine effektive Maßnahme bei Post-Prostatektomie-Inkontinenz ist, wenn es unter Anleitung durch speziell ausgebildete ExpertInnen erlernt und kontinuierlich begleitet wird. Eine einmalige Beratung ist nicht effektiv. Erst die Anleitung und Kontrolle der aktivierten Muskeln durch visuelle Inspektion, Palpation oder auch transperinealen Ultraschall ermöglichen die Effektivität. Zur Effizienz des zusätzlichen Einsatzes von Biofeedback und/oder Elektrostimulation ist die Studienlage inhomogen. Übereinstimmungen finden sich jedoch in der Notwendigkeit der Anleitung und Begleitung durch speziell ausgebildete Experten.

V.2.3.4 Erektiles Funktionstraining

„Die Erektionsstörung (erektile Dysfunktion, ED) ist definiert als anhaltende oder immer wiederkehrende Unfähigkeit, eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Steifigkeit des Gliedes zu erreichen oder aufrechtzuerhalten“ (Weißbach/Boedefeld 2016, S. 157). Obwohl die erektile Dysfunktion erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität nach sich zieht, scheinen ein Drittel aller von ihr betroffenen Männer mit mäßigen bis großen Problemen, aber Interesse an sexueller Aktivität niemals in Kontakt mit einer entsprechenden Therapie gekommen zu sein (Baunacke et al. 2021, S. 2934). Offenbar wird die erektile Dysfunktion schlecht und nicht früh genug bearbeitet (Dyer et al. 2019).

Betroffene sehen mehr Beratungs- und Therapiebedarf als die Urologen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021, S. 254).

In der Literatur ist die Notwendigkeit einer aktiven Beratung unstrittig.

Ein frühzeitiger Therapiebeginn schon ab Katheterentfernung oder innerhalb des ersten postoperativen Monats wird empfohlen, um die kavernöse Qxygenisierung zu fördern und eine Fibrosierung zu verhindern. Ein weiteres Ziel ist der Funktionserhalt der Schwellkörper (Bannowsky et al. 2011, S. 425–427).

Die post-operative erektile Dysfunktion steht im Zusammenhang mit dem Alter und der präoperativen erektilen Funktion (International Consultation for Sexual Medicine (ICSM) 2015, in: Sokolakis 2020, S. 1542).

Grundsätzlich kommen medikamentöse, apparative und physiotherapeutische Therapien zur Anwendung. Die Therapieentscheidung erfolgt immer individuell und berücksichtigt internistische Begleiterkrankungen, z. B. die koronare Herzerkrankung oder die Hypertonie. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von Interdisziplinarität in der Rehabilitation (Leitlinie Onkologie 2021, S. 253).

Einen therapeutischen Goldstandard gibt es nicht, da die Studienergebnisse widersprüchlich sind und die Qualität der Evidenzen niedrig (Sokolakis 2020, S. 1542–1543; Salonia et al. 2017 a/b).

Die vierte Internationale Konsultation für Sexualmedizin (ICSM 2015) präsentiert zwar 9 Empfehlungen für die sexuelle Rehabilitation nach radikaler Prostatektomie, ist sich aber uneinig, was den Zeitpunkt und die Art und Weise der Rehabilitation des Penis anbelangt (Sokolakis 2020). PDE-5-Inhibitoren werden mit gewissem Erfolg bei der Post-Prostatektomie-Dysfunktion eingesetzt und erhalten die Struktur der Corpora cavernosa und die Penisgröße, sie verbessern jedoch nicht die spontane Erektion. Die Therapie mit einem Vakuumerektionsgerät erhält ebenfalls die Penisstruktur. ICSM betont deshalb die Notwendigkeit der ausführlichen Information der Betroffenen, um unrealistischen Erwartungen vorzubeugen,

Von daher gibt es auch in den relevanten Leitlinien nur schwache Empfehlungen. So auch in der S3-Leitlinie Prostatakarzinom, in der therapeutisch als Erstes ein PDE-5-Inhibitor, bei Ineffektivität „intrakavernöse Injektionen oder intraurethrale Prostaglandine (Alprostadil) oder Vakuumerektionshilfesysteme unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz in Kombination mit physiotherapeutischem ED-Training erwogen werden“ (Leitlinie Onkologie 2021, S. 251). Invasivere Maßnahmen wie die Schwellkörperprothesenimplantation werden erst nach frustranen medikamentösen Therapieversuchen eingesetzt (Bannowsky et al. 2011, S. 425–427).

Beckenbodentraining kann die erektile Funktion, wahrscheinlich über eine verbesserte Gefäßregulation in den

Crura Penis durch gezieltes Training des Musculus ischiokavernosus und bulbocavernosus, verbessern.

Notwendig sind Schulung und Beratung zu den Möglichkeiten der Penisrehabilitation durch die Erhaltung der Elastizität der Gefäße und des Penisgewebes. Dies kann darüber hinaus den Einsatz von Vakuumpumpen oder pharmakologische Unterstützung erfordern (Hodges et al. 2019, S. 14).

V.2.3.5 Elektrostimulation/Biofeedback im Rahmen des erektilen Funktionstrainings

Die bereits vorher angesprochene Schwäche der Evidenzen oder widersprüchliche Forschungsergebnisse treffen auch für die Elektrostimulation und das Biofeedback im Rahmen des erektilen Funktionstrainings zu. In zwei kleineren randomisierten Studien werden speziellem physiotherapeutischem Training plus Elektrostimulation bzw. Biofeedback positive Ergebnisse zugesprochen (Leitlinie Onkologie 2021, S. 253).

Konservative Therapien im Rahmen der Penisrehabilitation umfassen das Beckenbodentraining, die Elektrostimulation und das Biofeedback. Die Wirksamkeit dieser konservativen Therapien für sexuelle Dysfunktion nach Prostatektomie ist nicht bekannt (Kannan et al. 2019, S. 1299).

Durch Biofeedback ergänztes Beckenbodentraining kann die erektile Funktion des Mannes verbessern. Die Evidenz ist jedoch begrenzt. Dies gilt auch für die Kombination von Beckenbodentraining und Elektrostimulation. Letzteres wird nur für die Therapie schwerstkranker Menschen empfohlen (Kannan et al. 2019, S. 1307).

V.2.3.6 Urotherapeutische Aufgaben im Kontinenztraining und im erektilen Funktionstraining und Zusammenarbeit mit PhysiotherapeutInnen

Das Kontinenztraining als auch das erektile Funktionstraining erfordern sowohl edukativ-kommunikative als auch Spezialkenntnisse zum Beckenbodentraining einschließlich begleitender Therapien.

Urotherapeuten schulen Betroffene zur Anatomie und Physiologie der Ausscheidungs- und Sexualorgane und informieren über therapeutische Möglichkeiten. Im Rahmen des multimodalen Kontinenzkonzeptes beraten sie zu Verhaltensweisen oder Lebensgewohnheiten, die sich förderlich auf die Inkontinenz auswirken. Dazu zählen die Trinkmenge, die Ernährung, Übergewicht, der Umgang mit Alkohol und Koffein, das Ausscheidungsverhalten und der Umgang mit Hilfsmitteln (Müller et al. 2010, Soto González et al. 2020, S. 2). Urotherapeuten beteiligen sich an weiteren diagnostischen (z. B. Miktionstagebuch) und therapeutischen Prozessen (z. B. Zusammenarbeit mit ärztlichen und physiotherapeutischen Kollegen). Sie begleiten Männer vor und nach einer Prostatektomie in allen Phasen der Bewältigung ihrer Gesundheitssituation.

Das Beckenbodentraining und das erektile Funktionstraining erfordern Spezialkenntnisse, über die Urotherapeuten nicht grundsätzlich verfügen, sondern die sie nur über entsprechende Zusatzqualifikationen erlangen können.

Physiotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation und daher spezialisiertem Wissen zur Funktion der unterschiedlichen Strukturen des männlichen Beckenbodens und der männlichen Sexualorgane sowie diagnostischen Fähigkeiten, z. B. manuelle Palpationen oder Einsatz von Ultraschall, können in Einzel- oder Gruppenschulungen das Beckenbodentraining gezielt und effektiv anleiten und begleiten (Rick et al. 2015, S. 6; Pages 2004). Sie wissen, wann die meisten frühzeitigen Urinverluste auftreten (Mungovan et al. 2016, S. 1), und passen daher die Anleitung im Rahmen des Beckenbodentrainings an, sodass die anhaltende Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur bei Sitz- und Gehhaltungen geübt wird.

Die sogenannte „guided by a therapist pelvic floor muscle exercise (GPFME)“, also durch Physiotherapeuten begleitete Beckenbodenübungen, werden von verschiedenen Organisationen, z. B. der Prostate Cancer Foundation Australia (2022) oder der International Continence Society (ICS) (Abrams et al. 2017, S. 1595), empfohlen. Die ICS sieht für die GPFME eine Evidenz auf Level B.

Urotherapeuten und Physiotherapeuten sorgen für einen guten Informationsfluss durch entsprechende Dokumentation und Gespräche.

V.2.4 Hautpflege

Die Inkontinenz ist auch in der Behandlung von prostatektomierten Patienten ein schambesetztes, Lebensqualität einschränkendes Thema, welches zu einer gesundheitlichen, seelischen, wirtschaftlichen und sozialen Belastung werden kann. Nicht nur für den Betroffenen, auch für pflegende Angehörige kann dies zu einer erheblichen Belastung werden, da Intimgrenzen überschritten werden.

Die gesundheitlichen Probleme wie Hautschäden und Infektionen sind eine Herausforderung, die eine entsprechende Hautpflege nötig machen.

Reinigung und Pflege der Haut sowie der Vorlagen- und ggf. Wäschewechsel sind zeitaufwendig, aber erforderlich, da Urin und Stuhl die Haut schädigen können.

Die Patienten und deren Zugehörige sollten ein Basiswissen zu Inkontinenz, Hautpflege, Hilfsmittel, Folgeproblemen und Ernährung sowie Trinkverhalten durch gute Beratung erlangen. Als Betroffener oder Zugehöriger ist es wichtig, die Haut zu beobachten und zu pflegen, insbesondere wenn entsprechende Co-Morbiditäten wie z. B. Diabetes mellitus oder besondere Medikamenteneinnahmen (z. B. Cortison/Immunsuppressiva) bekannt sind. Übermäßiges Waschen mit Wasser und Seife sollte vermieden werden, da natürlich vorhandene Feuchtigkeit entzogen und die vorhandene Hautschutzbarriere angegriffen wird. Die Reinigung mit lauwarmem Wasser ist meist ausreichend und schonender für die Haut. Ideal sind Produkte, die pH-neutral und rückfettend sind, oder entsprechende Reinigungstücher. Anschließend sollte die Haut ohne Reibung getrocknet und ggf. ein entsprechendes Pflegeprodukt aufgetragen werden. Hier eignen sich spezielle Barrierecremes oder auch zinkhaltige Pflegeprodukte für den Intimbereich. Bei Hautirritationen sollte man sich von einer entsprechend qualifizierten Pflegefachperson beraten lassen. Inkontinenzprodukte müssen, wann immer nötig und nach jedem Stuhlgang, gewechselt werden (Bliss et al. 2007; Raepsaet 2021; Beeckmann et al. 2016; Hayder-Beichel 2015; Hayder-Beichel 2022; Bruhn 2013).

V.2.5 Hilfsmittelversorgung, Finanzierung und Steuerung der Hilfsmittelversorgung

Krankenversicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln. Gesetzliche Vorgabe ist § 33 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Eine weitere Grundlage für den Anspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse ist das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes. Für hier nicht gelistete Hilfsmittel werden von den Krankenkassen nur in seltenen Ausnahmefällen die Kosten erstattet. Zu berücksichtigen ist ebenfalls die im Juli 2020 erstveröffentlichte AWMF-S2k-Leitlinie „Hilfsmittelversorgung“, welche federführend von der Deutschen Gesellschaft für Urologie veröffentlicht wurde. Diese Richtlinie und das gesetzlich vorgeschriebene Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen haben die Zielsetzung, dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Entlassung durch gezielte Vorbereitung und Beratung von Patienten sowie Zugehörigen, durch Abstimmungen mit Nachsorgern sowie durch einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken. Dies erfordert in allen Phasen der Therapie und Aktivitäten des Entlassungsprozesses, den Blick auf die Lebenserfordernisse der Betroffenen im nachstationären Setting zu richten. Hier erhält die professionelle Beratung durch fachlich qualifiziertes Personal einen besonderen Stellenwert.

Die adäquate Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln hat zum Ziel, den Betroffenen die Teilhabe am sozialen Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen und damit Lebensqualität zu generieren sowie Folgeerkrankungen präventiv zu begegnen. Angesichts der anatomischen und krankheitsbedingten vielfältigen Gegebenheiten und unterschiedlichen Kontinenzprofile gibt es keine Standardlösungen. Eine Versorgung, die den individuellen Anforderungen des einzelnen Patienten gerecht wird, ist erforderlich.

Ein besonderes Augenmerk liegt bei der in der Leitlinie beschriebenen Zielgruppe auf einer Versorgung mit aufsaugenden und ableitenden Kontinenzhilfsmitteln sowie der Vakuumpumpe als Therapieansatz bei einer erektilen Dysfunktion.

Bei allen Inkontinenzprodukten gelten die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes, des Robert-Koch-Institutes und die Gebrauchsanweisungen der Hersteller, welche auf die Auswahl, Anwendung und Verwendungsdauer Einfluss nehmen. Die systematische, strukturierte Hilfsmittelliste des GKV-Spitzenverbandes bietet eine gute Übersicht aller erstattungsfähigen Hilfsmittel.

Aufsaugende Kontinenzhilfsmittel müssen trotz derzeit geltender Versorgungspauschalen eine ausreichende Qualität aufweisen und in einer ausreichenden Menge zur Verfügung gestellt werden. Inkontinenzprodukte sollen dem Betroffenen Sicherheit, Trockenheit, Schutz vor Gerüchen und maximale Hautverträglichkeit bieten und dabei angenehm und diskret zu tragen sein.

Blasendauerkatheter, ISK, Urinalkondome, Katheterventile und Urinauffangbeutel bedürfen einer intensiveren Einweisung und Schulung der Betroffenen und Anwender durch das betreuende Fachpersonal. Dieses muss ausreichend und fortlaufend geschult sein, der Wissensstand muss dem aktuellen Produktangebot entsprechen sowie die gültigen gesetzlichen Vorgaben sollen bekannt sein. Nur so kann eine patientenorientierte, optimale Versorgung angeboten werden, die dem Betroffenen maximale zu erreichende Lebensqualität ermöglicht.

Vakuumsaugpumpen bestehen aus einer manuell oder elektrisch betriebenen Saugpumpe, welche ein Vakuum in einem Plastikzylinder erzeugt. Der Plastikzylinder wird zunächst über den zuvor mit einem Gleitgel eingeriebenen Penis gestreift. Durch das Vakuum wird Blut in die Schwellkörper transportiert, dieses führt zu einem Abdrücken der Venen und somit Aufrechterhaltung der Erektion. Die Gliedsteife wird durch einen zuvor auf den Boden des Zylinders applizierten Spannungsring erhalten, welcher wegen der Möglichkeit der ischämischen Schädigung der Penishaut nicht länger als 30 Minuten belassen werden sollte. Bei einer regelmäßigen Einnahme von Antikoagulantien wird auf ein höheres Risiko von Hämatombildungen hingewiesen. Die meisten Krankenkassen übernehmen die Kosten bei einer nachgewiesenen organischen Ursache der Erektionsstörung. Im Zweifelsfall sollte die Krankenkasse vor einer Verordnung befragt werden. Beim selbstständigen Kauf einer Vakuumpumpe muss auf das CE-Kennzeichen, Herstellungsort und evtl. Zertifizierungen der Händler geachtet werden. Der Patient sollte eine Einweisung zum Gebrauch der Pumpe erhalten.

Die Erstattungspolitik der Krankenkassen ist bundesweit nicht einheitlich geregelt und kann sich auch innerhalb der einzelnen Krankenkassen unterscheiden. Unter dieser Voraussetzung ist es wichtig, eine geeignete und möglichst kostenneutrale Lösung für und gemeinsam mit dem Betroffenen zu finden.

Unterstützend können entsprechende Fragebögen vom Patienten ausgefüllt werden. Kosten für einen von der Standardversorgung abweichenden Bedarf werden in aller Regel nicht von der Krankenkasse übernommen.

Insbesondere bei den hier betroffenen Patienten, die nicht nur mit einer lebensbedrohlichen Diagnose leben müssen, sondern auch durch eine die Körperfunktionen beeinträchtigende Therapie einer besonderen psychischen und physischen Belastung ausgesetzt sind, entsteht ein erhöhtes Beratungspotenzial. Nicht nur die Kompensation der Harninkontinenz als Begleitsymptom, sondern die häufig im Verlauf der Erkrankung auftretende erektile Dysfunktion, die zwar in der Akutphase der Therapie eher eine nebensächliche Rolle spielt, wird im Verlauf eventuell in den Fokus rücken. Die Patienten sollten schon zu Beginn der Therapie sensibel zum Thema Sexualität informiert und beraten werden, wobei geeignete Hilfsmittel (z. B. Vakuumpumpe) und Therapiemöglichkeiten vorgestellt werden können.

Die Betroffenen erhoffen sich zu Recht, zeitnah eine effektive und kompetente Beratung zu erhalten, um die Begleiterscheinung ihrer Grunderkrankung und Therapie möglichst gut bewältigen zu können.

V.3 Therapieoptionen nach der Anschlussheilbehandlung

Nach dem ersten Auftreten einer Krebserkrankung und Abschluss der Primärtherapie und Rehabilitation können Langzeitwirkungen und Spätfolgen oder auch ein Rezidiv auftreten. Durch den medizinischen Fortschritt sind die Überlebenschancen gestiegen, dennoch bedarf es regelmäßiger ärztlicher Kontrollen. Diese Nachsorge soll so lange fortgeführt werden, bis das Risiko einer erneuten Erkrankung deutlich gesunken ist. Dies hängt stark vom Tumorstadium zur Zeit der Operation ab. In der Regel sind dies 5 Jahre. Mehr als die Hälfte der Langzeitüberlebenden erleben in dieser Zeit körperliche, mehr als 40 % äußern nicht-medizinische Probleme (Deutsche Krebsgesellschaft 2018).

Überlebende verbinden teilweise Angst und Unsicherheit mit den Nachsorgeterminen. Die Nachsorge sollte nicht nur der Verlaufskontrolle und Nachbeobachtung der Gesundheitsstörung dienen, sondern auch der Früherkennung von Rezidiven und Folgen der Primärtherapie und der Stärkung der Eigenverantwortung (Kalusche-Bontemps 2015, S. 19).

Interessenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen beklagen das mangelnde Angebot längerfristiger Begleitung von Langzeitüberlebenden. 2019 gab es in Deutschland mehr als 4 Millionen Langzeitüberlebende, deren Ersterkrankung mehr als 5 Jahre zurückliegt (Leben nach Krebs! e. V. 2019).

Urotherapeuten können Ansprechpartner über den gesamten Verlauf der Gesundheitsstörung sein, entsprechende Voraussetzungen und Strukturen für die Umsetzung dieser Funktion fehlen z. Zt. jedoch noch.

V.3.1 Selbsthilfegruppen

Definitionen, Vor- und Nachteile von Selbsthilfegruppen

Im deutschsprachigen Raum gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs „Selbsthilfegruppen“, während im englischsprachigen Raum differenziertere Begrifflichkeiten genutzt werden, die der Unterscheidung der Strukturen dienen. So werden z. B. Selbsthilfegruppen (selfhelp groups) als von Betroffenen selbst gegründete und geleitete Gruppen von durch Experten geleiteten oder begleiteten Unterstützungsgruppen (support groups) unterschieden (Hayden 2012, S. 47). Im weiteren Verlauf werden die Begrifflichkeiten entsprechend dieser Differenzierung genutzt (s. a. GKV 2020, S. 9).

Vorteile der Teilnahme an Selbsthilfegruppen liegen vor allem in der Überwindung der Isolation und Einsamkeit durch die Kontakte mit anderen, welche das gleiche Schicksal teilen. Äußerung negativer Gefühle sowie von Ängsten oder Sorgen treffen auf Zuhörende mit einem tieferen Verständnis der Situation. Bereits diese Kommunikation an sich kann Betroffene in der Bewältigung unterstützen, indem sich neue Perspektiven auftun und Copingstrategien entwickelt werden können. Das soziale Netzwerk und die sozialen Aktivitäten erweitern sich. Darüber hinaus bietet sich ihnen ein breiterer Zugang zu Informationen und verschiedenen Sichtweisen auf Gesundheitsfragen. Hieraus entwickelt sich eine Emanzipation vom Informationsmonopol der Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Hayden 2012, S. 47 ff.). Verbunden mit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen werden des Weiteren Verbesserungen des subjektiven Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls sowie des gesundheitsfördernden Verhaltens berichtet. Ein weiterer Effekt kann die gezieltere Inanspruchnahme professioneller Hilfe und eine höhere Therapietreue sein (Borgetto 2007, S. 7).

Dennoch gibt es auch nachteilige Aspekte, z. B. dadurch, dass sich Teilnehmer der Selbsthilfegruppe in unterschiedlichen Stadien der Gesundheitsstörung befinden und mit entsprechend unterschiedlichen Prognosen konfrontiert sind oder sich auf Problemstellungen fokussieren, die vorher anderen nicht bewusst waren. Dies kann eher verunsichernd wirken (Hayden, S. 47 ff.).

Insgesamt betrachtet überwiegen jedoch die Vorteile der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sowohl für die Betroffenen und ihre Zugehörigen selbst, aber auch für die Zusammenarbeit zwischen ihnen und den Gesundheitsberufen, da die vorhandene Motivation zur Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Situation und

der höhere Grad an Informiertheit eine gute Grundlage bilden, insbesondere da zu den urotherapeutischen Zielen auch eine verbesserte Gesundheitskompetenz gehört.

Der größte Zusammenschluss im Arbeitsfeld ist der Bundesverband Prostatakrebs-Selbsthilfe (BPS), in dem ca. 200 Gruppen organisiert sind (Vahlensieck 2007, S. 80 ff.; Bundesverband Prostatakrebs-Selbsthilfe e. V. 2022). Neben der konkreten Unterstützung von Betroffenen und Zugehörigen in den Selbsthilfegruppen vor Ort arbeitet der Bundesverband mit Urologen, Onkologen und verschiedenen (Fach-)Gesellschaften (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe oder auch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft) auf nationaler Ebene zusammen und unterhält darüber hinaus internationale Kontakte. Öffentlichkeitsarbeit und Vertretung der Interessen der Mitglieder gegenüber Institutionen und der Politik kommen hinzu (Vahlensieck 2007, S. 80 ff.).

Die Zusammenarbeit kann sowohl in direkter als auch indirekter Kooperation bestehen. Zur indirekten Kooperation gehören z. B. die gegenseitige Empfehlung (Selbsthilfegruppen durch Urotherapeuten, Urotherapeuten durch Mitglieder der Selbsthilfegruppe), Auslegen von Informationsmaterial oder auch Weitergabe von Adressen.

Zu den direkten Kooperationsformen zählen z. B. Teilnahme der Urotherapeuten an Gruppentreffen, Vorträge zu bestimmten Themen, Beratungsangebote (z. B. Gruppen-Sprechstunden), Hilfe bei der Gruppengründung und organisatorische Unterstützung, Besuche von Mitgliedern der Selbsthilfegruppen bei Betroffenen in den Institutionen (z. B. präoperativ), gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, Teilnahme von Urotherapeuten an Gremien/Beiräten der Selbsthilfe und entsprechende Teilnahme von Mitgliedern der Selbsthilfe an Qualitätszirkeln (Borgetto 2005, S. 55).

V.3.2 Rehabilitationssport/Bewegungstherapie

Sport und Bewegung sind begleittherapeutische Interventionen im multimodalen Therapiekonzept für Prostatakarzinompatienten.

Die klinisch relevanten Effekte bewegungstherapeutischer Interventionen wurden über alle Phasen der onkologischen Behandlung in zahlreichen „high quality trials“, systematischen Übersichtsartikeln und Metaanalysen belegt. Neben den positiven Einflüssen auf behandlungsspezifische Nebenwirkungen können Bewegungsmangelsymptome verhindert und die gesundheitsspezifische Lebensqualität verbessert werden (Baumann et al. 2017).

Im Jahr 2018 trafen sich internationale Experten in den USA zum „International Multidisciplinary Roundtable on Exercise and Cancer Prevention and Control“, organisiert vom American College of Sports Medicine (ACSM). Während der zweitägigen Veranstaltung ging es darum, die Bewegungsempfehlungen für Krebsüberlebende basierend auf jüngsten Forschungsergebnissen zu überarbeiten. In ihren Auswertungen kamen die Experten zu dem Schluss, dass körperliches Training und notwendige körperliche Tests für Krebsüberlebende sicher sind und dass jeder Betroffene Inaktivität vermeiden sollte. Darüber hinaus erstellten die Wissenschaftler und Ärzte eine Liste von krebsbezogenen Gesundheitsbeeinträchtigungen wie Angstzuständen, depressiven Symptomen, Müdigkeit, körperlicher Leistungsfähigkeit, Lymphödemen und Lebensqualität, bei denen Bewegung mit hoher klinischer Relevanz einen therapeutischen Nutzen für den Patienten darstellt (Campbell et al. 2019).

Mehrere Studien sind in den letzten Jahren veröffentlicht worden, welche die positiven Effekte von Bewegung und körperlicher Aktivität auch bei Männern mit Prostatakarzinom belegen konnten, z. B. „Effects of a 15-Month Supervised Exercise Program on Physical and Psychological Outcomes in Prostate Cancer Patients Following Prostatectomy“: The ProRehab Study (Zopf et al. 2015).

Der Stellenwert einer regelmäßigen körperlichen Aktivität bei Vorliegen einer Krebserkrankung wurde bis vor

wenigen Jahren noch deutlich unterschätzt. Mittlerweile gibt es spezielle Angebote für Männer mit Prostatakrebs, welche die Probleme der Erkrankung und ihrer Folgeerscheinungen berücksichtigen.

Empfehlenswerte Bewegungsformen sind: Gymnastik zur Kräftigung, Krafttraining an Großgeräten, Ausdauersportarten wie Wandern, Schwimmen, Nordic Walking und Skilanglauf oder Ballspiele möglichst ohne Körperkontakt, z. B. Volleyball, Fußball und Hockey (Deutsche Krebshilfe/Deutsche Krebsgesellschaft 2021, S. 39–42).

Nachweislich kommt es durch eine spezielle individuelle Sporttherapie zu einer Verbesserung der physischen Fitness und der Lebensqualität, nicht selten zu einer Abnahme der Fatigue-Symptomatik und einer Reduktion depressiver Symptomatik. Auch bezogen auf Prognose, Rezidivfreiheit und Gesamtmortalität finden sich insbesondere beim Mammakarzinom, Kolonkarzinom und Prostatakarzinom positive Effekte, allerdings bisher nur in Kohortenstudien. Viele Studien zeigen, dass ein regelmäßiges Training möglichst frühzeitig erfolgen sollte. Die Basis einer Sporttherapie liegt in einer Kombination aus einem regelmäßigen Ausdauertraining (moderat bis intensiv), begleitet von gezielten Kraftübungen und einem Koordinationstraining (Krebs et al. 2018).

Eine allgemeine Empfehlung, ab wann welche Sportart die richtige ist bzw. wie lange man auf bestimmte Bewegungsformen verzichten sollte, kann nicht ausgesprochen werden. Es sollte eine Sportart sein, die den Betroffenen Spaß macht, in ihren Lebensalltag leicht zu integrieren und an die jeweilige Belastbarkeit der betroffenen Männer individuell angepasst ist und ein möglichst geringes Gefährdungspotenzial mit sich bringt. Grundsätzlich sollte immer vor Beginn einer sportlichen Betätigung eine Rücksprache mit den an der Behandlung beteiligten Ärzte (Urologe, Onkologe, Kardiologe, Sportmediziner) erfolgen (Deutsche Krebshilfe/Deutsche Krebsgesellschaft 2021, S. 18–22).

Anhand der seit 2017 publizierten Cochrane-Reviews sind Hinweise auf positive Effekte von Bewegungsinterventionen bei der Behandlung von Menschen mit Krebserkrankung ersichtlich. Die Evidenzlage ist aber insgesamt noch unzureichend, um robuste Schlussfolgerungen daraus ableiten zu können. Für die Zukunft besteht weiterhin intensiver Bedarf an hochwertiger Forschung zur Generierung einer vertrauenswürdigen Evidenzbasis (Braun et al. 2020).

V.4 Entlassungsmanagement/Überleitungsmanagement

Laut Nationalem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2019, S. 12) sind besondere Funktionseinschränkungen ein Kriterium unter anderem für die Einschätzung des Entlassungsbedarfs. Daraus ergibt sich ein Bedarf an Entlassungsplanung für die in der Leitlinie beschriebene Zielgruppe.

Die Begrifflichkeiten: Überleitungspflege/Pflegeüberleitung/Überleitungsmanagement/Entlassungsmanagement werden nicht einheitlich definiert. Wir verstehen unter Entlassungsmanagement/Überleitungsmanagement die Bemühungen aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure, einrichtungs- und sektorenübergreifend durch Zusammenarbeit und geregelten Informationszufluss Schnittstellenprobleme zu vermeiden. Erforderliche Leistungen können so zeitnah und bedarfsgerecht erbracht und die Versorgungskontinuität sowie die Qualität der Versorgung gewährleistet werden (Brandt 2005, S. 172 ff.; Vogelbusch/Töpfer 2017, S. 331). Der Anspruch auf adäquate Nachversorgung ist gesetzlich festgelegt (Brandt 2005, S. 20 ff.; Hesse/Klewer 2013, S. 153 ff.). Unterschieden werden indirektes und direktes Entlassungsmanagement. Ersteres erfolgt über eine zentrale Stelle, Letzteres über die bislang Behandelnden selbst. Beide Formen haben Vor- und Nachteile. Als Vorteile werden insgesamt entsprechende Kompetenzen der Entlassungsmanager, klare Zuständigkeiten, feste Ansprechpartner und wenig Schnittstellen genannt (Vogelbusch/Töpfer 2017; S. 334). Urotherapeuten können aufgrund ihrer fachlichen und organisatorischen Kompetenz, ihrer Erfahrung mit Teamarbeit sowie ihrer Kenntnis der aktuellen Patientensituation einen wesentlichen Beitrag zum Entlassungsmanagement leisten

bzw. dieses selbstständig durchführen.

Hesse und Klewer (2013, S. 156) plädieren beim Überleitungsmanagement für feste Ansprechpartner, deren Kontaktdaten bekannt sind, einheitliche Überleitungsbögen in den nachsorgenden Einrichtungen und die Einrichtung berufsgruppenübergreifender Qualitätszirkel und regionaler Netzwerke.

Basis für gelungene Entlassungen bzw. Überleitungen sind differenzierte Assessments, die den individuellen Unterstützungsbedarf abbilden (Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) 2008, S. 35), z. B. den Hilfsmittelbedarf.

Schaeffer (2008) betont die Notwendigkeit, Entlassungsplanung nicht als singuläre Aktivität vor dem Übergang in eine andere Institution bzw. der Entlassung, sondern als Aspekt systematischer Versorgungsplanung zu begreifen.

Kooperationen zwischen den beteiligten Versorgenden (Ärzte, ambulante Dienste, Rehabilitationseinrichtungen usw.) ergeben sich geradezu zwangsläufig (DKI 2008, S. 94 ff.)

Klinische Pfade als interdisziplinäre, evidenzbasierte Behandlungspläne können der patientenorientierten Versorgungssteuerung dienen, denn sie beschreiben diagnostische und therapeutische Maßnahmen und ordnen diese einem zeitlichen Ablauf zu (Klauber et al. 2021, S. 70).

Dadurch ermöglichen sie eine vorausschauende Versorgungsplanung auch im Hinblick auf zukünftige Schnittstellen und können darüber hinaus für die Evaluation der individuellen Verläufe genutzt werden. Die im Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege aufgeführte abschließende Evaluation 48 Stunden nach Entlassung aus dem Krankenhaus (DKI 2008, S. 94 ff.) lässt sich auf Überleitungssituationen übertragen. Als Instrumente können standardisierte Telefoninterviews (Leitfaden) und/oder standardisierte Befragungen der Betroffenen genutzt werden (ebd.).

V.5 Dokumentation und Evaluation

Evaluationen sind notwendig, um im laufenden Prozess als auch zum Abschluss einer Begleitung zu überprüfen, ob der geplante Umfang, der Zeitpunkt und die Qualität der Interventionen den Bedarfen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen entsprechen. Sie tragen dazu bei, Versorgungslücken (rechtzeitig) zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern bzw. Abläufe generell zu verbessern. Evaluationen können standardisiert (z. B. mit Fragebögen) oder informell erfolgen (s. DKI 2008, S. 90 ff.).

Die urotherapeutische Begleitung von Männern vor und nach radikaler Prostatektomie ist vielschichtig. Entsprechend werden Dokumentationen und Evaluationen auf verschiedenen Ebenen notwendig: bezogen auf die konkreten Folgen der Therapie wie Inkontinenz und erektile Dysfunktion, das Outcome von Beratungen, die Qualität der Überleitung und darüber hinaus bezogen auf die Bewältigung der Gesundheitsstörung insgesamt.

Instrumente müssen spezifisch für die Ziele der Begleitung und der Evaluation gewählt werden. Für die Dokumentation und Evaluation der Edukation werden andere Instrumente benötigt als z. B. für die Evaluation der therapeutischen Maßnahmen zu Inkontinenz und erektiler Dysfunktion oder die Evaluation des Entlassungs- und Überleitungsmanagements. Wann immer möglich, sollten etablierte, validierte Instrumente genutzt werden.

Geeignete etablierte Instrumente finden sich in für die Zielgruppe relevanten Leitlinien, Nationalen Expertenstandards, Vorgaben für zertifizierte Zentren oder der wissenschaftlichen Literatur (Frankland et al. 2017, S. 5; Goode et al. 2011, S. 3; McCaughan et al. 2018, S. 143).

Dokumentationen und Evaluationen umfassen sowohl physische, psychologische als auch soziale Aspekte. Diese werden einerseits mittels körperlicher Untersuchungen sowie Skalen und Fragebögen erfasst.

Da das Erfassen körperliche Aspekte seit jeher im Fokus stand, gibt es zahlreiche Beispiele auch im für Urotherapeuten relevanten Bereich, z. B. das Miktionstagebuch, die Anzahl benötigter Vorlagen, Messergebnisse der Urodynamik, der sonographischen Restharnbestimmung, der Elektromyographie, Rektummanometrie oder des Sphinktertonus (Goode et al. 2011; Delbrück et al. 2013, S. 1).

Auch Erfassungen der Lebensqualität sind inzwischen etabliert.

Wenig etabliert, obwohl gleichbedeutend in ihrem Wert sind dagegen Einschätzungen der Betroffenen selbst, sogenannte Patient-Reported Outcome Measures (PROMs).

Steinbeck et al. (2021, S. 15 ff.) kritisieren zu Recht, dass die Betroffenen selbst bisher nicht ausreichend an der Gestaltung und Evaluation beteiligt wurden. Inzwischen gibt es Fragebögen, die die Sicht der Betroffenen auf ihre Lebensqualität, Alltagsfunktionen, die krankheitsbezogene Symptomlast und den Allgemeinzustand erfassen. Diese sollten nicht ausschließend am Behandlungsende, sondern im ganzen Prozess kontinuierlich erhoben werden (ebd.). Die Martini-Klinik in Hamburg war Vorreiter für die Erfassung von PROMs in Deutschland und hat inzwischen deren Erfassung in ihrem IT-System etabliert. Sie werden kontinuierlich im Behandlungsverlauf erhoben (Steinbeck et al. 2021, S. 92).

Urotherapeutische Interventionen fokussieren die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität der betroffenen Menschen. Lebensqualität ist ein subjektiver Begriff. PROMs sind auch unter dieser Perspektive wichtige Instrumente in der urotherapeutischen Begleitung.

Ebenfalls bisher wenig berücksichtigt ist die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für den therapeutischen Prozess. In der englischsprachigen Literatur werden eine Vielzahl von Instrumenten beschrieben, die mehr das Erleben der Gesundheitssituation und deren psychosoziale Auswirkungen, z. B. nicht bearbeitete Bedürfnisse, Selbstwirksamkeitserwartungen, Kommunikation über den Gesundheitszustand usw., erfassen (McGaughan et al. 2018, S. 143; Frankland et al. 2017, S. 4 ff.).

V.5.1 Formulierung von Nah- und Fernzielen

Urotherapeutische Nah- und Fernziele zur Rehabilitation nach radikaler Prostatektomie bezogen auf Harnkontinenz:

Tabelle: Nah- und Fernziele (eigene Darstellung)
Legende: Nahziel: bezieht sich immer auf den stationären Aufenthalt, Fernziel: steht im Bezug zur Rehabilitationsphase nach dem stationären Aufenthalt im Akutkrankenhaus

Bereich: Nahziel/Fernziel

Wahrnehmung des Harnröhrenschließmuskels
- versteht den Schulungsinhalt zur Kontinenzberatung
- kann vermittelte Schulungsinhalte selbstständig im Alltag anwenden

Kräftigung des Harnröhrenschließmuskels
- Schließmuskel gezielt innervieren können (z. B. Übungen zur Beckenbodenanspannung)

Kräftigung des Schließmuskels
- Verbesserung der Kontinenz
- Förderung/Erhalt der individuellen Ressourcen u. Fähigkeiten (Betroffenen ermöglichen, an therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken)

Verbesserung der Kontinenz Cave!
- Bei eingeschränkten Grundvoraussetzungen wie:
  - Ambivalenz

        - iatrogener Komplikation
        - Tumorausbreitung
        - kognitiver Einschränkung
        - sprachlicher Barriere
    - Versorgungshilfsmittel kennen u. anwenden lernen
    - Wissen über Hilfsmittel für die konservative komplementäre Versorgung
    - wendet Hilfsmittel fachgerecht und hygienisch an

Unterstützung und Akzeptanz

    - ist bereit, Hilfe anzunehmen
    - entwickelt eine eigene Bewältigungsstrategie

Information zum Alltagsverhalten

    - individuell angepasste Möglichkeiten aufzeigen (Schulung und Beratung)
    - kann seinen Alltag in einer für ihn zufriedenstellenden Art u. Weise bewältigen

Hautverhältnis

    - ist gut über die Wichtigkeit intakter Hautverhältnisse informiert
    - intakte Hautverhältnisse

Katheterpflege

    - versteht die Notwendigkeit der individuellen Katheterpflege und ist in der Lage, diese selbstständig durchzuführen
    - keimarme Umgebung Infektionsrisiko gemindert

V.5.2 Standardisierte Fragebögen

Assessmentinstrumente müssen wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen.

Die International Continence Society (ICS) (2017) plädiert für Fragebögen mit objektiven (z. B. Miktionstagebuch) und subjektiven (PROs = patient-reported outcomes) Aussagen, um Symptome und Leidensdruck zu erfassen.

Standardisierte Fragebögen werden in den Leitlinien der Fachgesellschaften, z. B. im Leitlinienprogramm Onkologie oder in den Leitlinien der European Association of Urology (EAU), genannt (Nambiar et al. 2018; Leitlinienprogramm Onkologie 2014, S. 34; Leitlinienprogramm Onkologie 2021, S. 269; Resnick et al. 2015).

Für Männer vor und nach Prostatektomie zählen z. B. die deutsche Version des General Health Questionnaires (GHQ), der International Prostate Symptom Score (IPSS), der Internationale Index der erektilen Funktion (IIEF), die deutsche Version des International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence - Short Form (ICIQ-UI-SF) u. a. dazu.

Der Fragebogen EORTC QLQ-C30 sowie der FACT gehören zu den am häufigsten in der Onkologie verwendeten Instrumenten, Distress-Thermometer oder die HADS-D ebenfalls (Leitlinienprogramm Onkologie 2014, S. 34, 49). Im nationalen Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz finden sich die Kontinenzprofile (DNQP 2014).

Da Urotherapie im Rahmen eines multiprofessionellen, interdisziplinären Teams arbeitet und die eigene Dokumentation allen Teammitgliedern zugänglich sein soll, müssen die Assessmentinstrumente im Arbeitsfeld abgestimmt werden.

VI. Fazit/Ausblick

Diese erste Leitlinie von und für Urotherapeuten entstand, soweit vorhanden, unter Nutzung der gegenwärtigen Evidenzlage. Das Konsensverfahren fand zunächst in der verantwortlichen Expertengruppe statt. Es soll ausgeweitet werden auf Konsensverfahren mit VertreterInnen der Berufsgruppe und den ExpertInnen verschiedener Fachdisziplinen, die an der Diagnostik und Therapie von Männern vor und nach radikaler Prostatektomie beteiligt sind. Danach wird in einem Praxisprojekt die Umsetzbarkeit der Empfehlungen überprüft.

VII. Literaturverzeichnis

Abrams, Paul; Cardozo, Linda; Wagg, Adrian; Wein, Alan (Editors) (2017): Incontinence 6th edition, 6th International Consultation on Incontinence, ICS, Tokyo, September 2016, https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks, abgerufen am 22.09.2022

Abrams, Paul; Cardozo, Linda; Fall, Magnus; Griffiths, Derek; Rosier, Peter; Ulmsten, Ulf; Van Kerrebroeck, Philip; Victor, Arne; Wein, Alan, Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society (2003): The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, Urology, 61 (1), S. 37–49

Abt-Zegelin, Angelika (2006): Mikroschulungen – Pflegewissen für Patienten und Angehörige, 1. Teil, Die Schwester/Der Pfleger, 45. Jahrg. Heft 1, S. 62–65

Abt-Zegelin, Angelika (2009 a): Der informierte Patient, Patientenorientierung und -autonomie fördern, CNEmagazin, 3 Mai 2009, S. 1–15

Abt-Zegelin, Angelika (2009 b): Hoffnung – Energiequelle in schwierigen Zeiten, Die Schwester/Der Pfleger, 48. Jahrg., Heft 03, S. 290–294

Abt-Zegelin, Angelika (2009 c): Gespräche sind Pflegehandlungen!, Die Schwester/Der Pfleger, 48. Jahrg. Heft 04, S. 1–4

Abt-Zegelin, Angelika (2010): Auf den Alltag vorbereiten, Patienten informieren, schulen und beraten, CNE.fortbildung 2.2010, Lerneinheit 7, Thieme, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/LE_Patienten_schulen_und_beraten_Text-Tolsdorf.pdf

Abt-Zegelin, Angelika (2013): Beratung, Patienten- und Angehörigenaufklärung, Bitte lesen! JuKiP, 1: S. 21–24.

Abt-Zegelin, Angelika (2018): Schriftliche Patienteninformationen besser machen, Thema im Fokus, Stiftung Dialog Ethik, 12/2018, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/2019/presse/TiF-138_Patienteninformationsmaterial-pages-18-19.pdf, abgerufen am 22.09.2022

Abt-Zegelin, Angelika; Bamberger, Günther G. (2010): „Gehen Sie ein Stück mit mir …?“, Beratungsgespräche in der Pflege, 3. Teil, Die Schwester/Der Pfleger, 49. Jahrg. Heft 2, S. 128–132

Adler, Gudrun (2017): Jede Chance für Gespräche nutzen, Die Schwester/Der Pfleger, 56. Jahrg. Heft 1, S. 30–32

Alanazi Ayyadhah, Alaa (2014): Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review, British Journal of Nursing, 23 (7), S. 387–393

Austin P, Bauer S, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, Rittig S, VandeWalle J, von Gontard A, Wright A, Yang S, Nevéus T (2014): The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the standardization committee of the International Children’s Continence Society (ICCS), Journal of Urology, 191 (6), S. 1863–1865.e13

Bamberger, Günther G. (2010): Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick, Die Schwester/Der Pfleger, 49. Jahrg. Heft 12|, S. 1–5

Bamberger, Günther G. (2013): „Entscheiden ist eine Haltung der Eingelassenheit“, Interview mit Günter G. Bamberger, Die Schwester/Der Pfleger, 52 Jahrg. Heft 7, S. 640–645

Bannowsky, A.; Jünemann, K. P. (2011): Erektile Funktion und Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie – Ist die sexuelle Rehabilitation Mythos oder Wirklichkeit? Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 8 (6), S. 424–427

Bauer, R. M.; Rutkowski, M. (2022). Spezielle Urodynamik nach Prostatektomie. In: Schultz-Lampel, D., Goepel, M.; Hampel, C. (Hrsg.): Urodynamik. 4. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662- 59066-9_34, abgerufen am 05.08.2022

Baunacke, Martin; Schmidt, Maria-Luisa; Groeben, Christer; Borkowetz, Angelika; Thomas, Christian; Koch, Rainer; Hoffmann, Falk; Chun, Felix K. H.; Weissbach, Lothar; Huber, Johannes (2021): Treatment of post-prostatectomy urinary incontinence and erectile dysfunction: there is insufficient utilisation of care in German cancer survivors, World Journal of Urology, 39 (12), S. 2929–2936

Beeckman, Dimitri; Van Damme, Nele; Schoonhoven, Lisette; Van Lancker, Aurélie; Kottner, Jan; Beele, Hilde; Gray, Mikel; Woodward, Sue; Fader, Mandy; Van den Bussche, Karen; Van Hecke, Ann; De Meyer, Dorien; Verhaeghe, Sofie (2016): Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD011627. DOI: 10.1002/14651858.CD011627.pub2.

Bliss, Donna Z; Zehrer, Cindy; Savik, Kay; Smith, Graham; Hedblom Edwin (2007): An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. J Wound Ostomy Continence Nurs., 34 (2), S. 143–52

Börgermann, Christof; Kaufmann, Albert; Sperling, Herbert; Stöhrer, Manfred; Rübben, Herbert (2010): Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann 8. Teil 2 der Serie Inkontinenz, Dtsch Arztebl Int, 107 (27), S. 484–91

Borkowetz, A. (2018): Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. Möglichkeiten der konservativen Behandlung, Der Urologe, 57 (10), S. 1251–1254

Brandt, Frank (2005): Pflegeüberleitung – Patientenüberleitung – Entlassungsmanagement Pflegebedürftige an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung, Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso), Saarbrücken:

Bruhn, Claudia (2013): Spezielle Hautpflege bei Inkontinenz, DAZ 2013, Nr. 26, S. 44

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020): Erektionsstörung (Erektile Dysfunktion), Gesundheit. Gv. At, öffentliches Gesundheitsportal; https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/sexuelle-funktionsstoerungen/erektionsstoerung- erektile-dysfunktion.html, abgerufen am 21.06.2021

Chang, J. I.; Lam, V.; Patel, M. I. (2016): Preoperative Pelvic Floor Muscle Exercise and Postprostatectomy Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. Eur Urol, 69 (3), S. 460–4677

Cockle-Hearne, Jane, Faithfull, Sara (2010): Self-management for men surviving prostate cancer: A review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances, Psycho-Oncology, 19 (9), S. 909–922

D’Ancona, C. D.; Haylen, B. T.; Oelke, M.; Herschorn, S.; Abranches-Monteiro, L.; Arnold, E. P.; Goldman, H. B.; Hamid, R.; Homma, Y.; Marcelissen, T.; Rademakers, K.; Schizas, A.; Singla, A.; Soto, I.; Tse, V.; de Wachter, S.: An International Continence Society (ICS) (2019): Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. Neurourol Urodyn, 38 (2), S. 433–477

Dautel A (2015): Pflegearbeit in der Psychoonkologie. PADUA 10 (1), S. 55–58

Davis, Stacy N.; O'Malley, Denalee, M.; Bator, Alicja; Ohman-Strickland, Pamela; Clemow, Lynn; Ferrante, Jeanne M.; Crabtree, Benjamin F.; Miller, Suzanne. M.; Findley, Patricia; Hudson, Shawna V. (2019): Rationale and design of extended cancer education for longer term survivors (EXCELS): a randomized control trial of 'high touch' vs. 'high tech' cancer survivorship self-management tools in primary care, BMC Cancer, 19 (1), S. 340

De Vries, Ulrike; Petermann, Franz (2010): Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation, Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 20 (3): S. 137–143.

Delbrück, H.; Bartsch, H.-H.; Körber, J.; Kerschgens, C. (2013): 22.2 Somatische Ziele und Hilfen: Somatische Ziele, https://www.onkodin.de/e6/e95488/e98748/e98749/, abgerufen am 14.05.2022

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2017): 10 Regeln der DGE, https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/, abgerufen am 02.07.2022

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (o. Dat.): DGE-Ernährungskreis, https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/ernaehrungskreis/#, abgerufen am 02.07.2022

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2019): S2e-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie, AWMF-Registernummer 084-001, Langfassung (update 2019) Stand 2. 1. 2019, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-0011_S2e_Harninkontinenz_geriatrische_Patienten_Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf, abgerufen am 21.09.2022

Deutsche Krebsgesellschaft (2018): Langzeitüberleben nach Krebs: Wie lange ist ein Krebspatient ein Krebspatient?, Onko Internetportal, https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen- krebs/leben-mit-krebs/alltag-mit-krebs/langzeitueberleben-nach-krebs-wie-lange-ist-ein-k.html, abgerufen am 30.09.2022

Deutsche Krebsgesellschaft; Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. (2019): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 5.1, 2019, AWMF, Registernummer: 043/022OL, http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html, abgerufen am 03.10.2019

Deutsche Krebsgesellschaft (2022): Prostatakrebs – Ursache und Risikofaktoren, Onko Internetportal, https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/ursachen-und-risikofaktoren.html, abgerufen am 08.08.2022

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)/Krebsinformationsdienst (2017): Ernährung und Krebsvorbeugung, https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/krebs-vorbeugen/ernaehrung- praevention/index.php, abgerufen am 02.07.2022

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)/Krebsinformationsdienst (2022): Ernährung bei Krebs, was ist wichtig?, Infoblatt, https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/ernaehrung/index.php, 02.07.2022

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (2016): GUTE PRAXIS GESUNDHEITSINFORMATION, Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V., https://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi.pdf

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. 1. Aktualisierung 2014.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung (Juni 2019), Osnabrück

Donner, Daniel; Bamberger, Günther G.; Abt-Zegelin, Angelika (2010): „Ich möchte vertrauen können …“, Beratungsgespräche in der Pflege, 4. Teil, Die Schwester/Der Pfleger, 49. Jahrg. Heft 05, S. 001–005

Duden online (2022): Dysfunktion, Wörterbuch herausgegeben vom Bibliographischen Institut, https://www.duden.de/rechtschreibung/Dysfunktion, abgerufen am 22.06.2022

Dyer, Amy; Kirby, Mike; White, Isabel D.; Cooper, Alison Michelle (2019): Management of erectile dysfunction after prostate cancer treatment: cross-sectional surveys of the perceptions and experiences of patients and healthcare professionals in the UK, BMJ Open, https://bmjopen.bmj.com/content/9/10/e030856, abgerufen am 22.06.2022

Ernstmann, Nicole; Weissbach, Lothar; Herden, Jan; Winter, Nicola; Ansmann, Lena (2016): Patient-physician communication and healthrelated quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy – a longitudinal multilevel analysis, BJU Int 2017; 119: S. 396–405

Faller, H.; Reusch, A.; Ströbl, V. et al. (2008): Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. Rehabilitation, 47 (2), S. 77–83

Faller, H.; Reusch, A.; Vogel, H. et al. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44 (5), S. e21-e31

Fink, Christine; Diener, Markus K.; Bruckner, Thomas; Müller, Gisela; Paulsen, Lisa; Keller, Monika; Büchler, Markus W.; Knebel, Phillip (2013): Impact of preoperative patient education on prevention of postoperative complications after major visceral surgery: study protocol for a randomized controlled trial (PEDUCAT trial). Trials 14, 271 (2013)

Fink, Christine; Diener, Markus K; Bruckner, Thomas; Müller, Gisela; Paulsen, Lisa; Keller, Monika; Fitzpatrick, Elisabeth, Hyde, Abbey (2006): Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education, Journal of Clinical Nursing, 15 (6), 671–677

Fletcher, Chloe; Flight, Ingrid; Chapman, Janine; Fennell, Kate; Wilson, Carlene (2016): The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review, Patient Education and Counseling, 100 (3), S. 383–410

Frankland, Jane; Brodie, Hazel; Cooke, Deborah; Foster, Claire; Foster, Rebecca; Gage, Heather; Jordan, Jake; Mesa-Eguiagaray, Ines; Pickering, Ruth, Richardson, Alison (2017): Follow-up care after treatment for prostate cancer: protocol for an evaluation of a nurse-led supported self-management and remote surveillance programme, BMC Cancer, 17: 656, https://bmccancer.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12885-017-3643-4, abgerufen am 13.09.2022

Fredericks, Suzanne; Guruge, Sepali (2019): Postoperative Patient Education: A Systematic Review, Clinical Nursing Research, 19 (2), S. 144–64

Friedl-Huber, A.; Küffner, R.; Ströbl, V. et al. (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation – eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (75), S. 15–20

Gasser, Thomas (2015): Basiswissen Urologie, 6. Aufl., Berlin, Heidelberg

Geese, F.; Willener, R.; Zehnder, S.; Spichiger, E. (2016): Changing perspective! Patients with prostate cancer and their partners giving an insight into their experiences of disease and optimal potential of an advanced practice nurse counselling support programme in Switzerland, Posterpräsentation, 13. März, 17. EAUN Meeting, München, http://eaun16.uroweb.org/wp-content/uploads/EAUN16_PB_def.pdf, abgerufen am 10.06.2022

Gitschel, Kerstin; Kaffer, Christine; Janhsen-Podien, Ellen; Engels, Thomas (2013): Störungen der Harnausscheidung, Diagnostik und Therapie in der Pflege, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Goode, Patricia S.; Burgio, Kathryn L.; Johnson II, Theodore M.; Clay, J.; Rothe, David L.; Markland, Alayne D.; Burkhardt, Jeffrey H.; Issa, Muta M.; Loyd, Keith L. (2011): Behavioral Therapy With or Without Biofeedback and Pelvic Floor Electrical Stimulation for Persistent Post-Prostatectomy Incontinence – A Randomized Controlled Trial, JAMA, 305 (2), S. 151–159

Graefen, M. (2014): Prostatakarzinom, in: Hautmann, R.; Gschwend, E. (Hrsg.): Urologie, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg

Green, Jen; Wright, Heather; Seely, Dugald; Martell, Casey; Pole, Laura; McDonell, Ellen; Hepp, Nancy (2019): Integrative Oncology Patient Education: Creating Resources For Supportive Care, poster presentation, Society of Integrative Oncology, 16th Annual International Conference, October 19–21, 2019, New York, https://www.researchgate.net/publication/338147139_Integrative_Oncology_Patient_Education/link/5e0232d7a6fdcc28373ce885/download, abgerufen am 10.06.2022

Gröndahl, Weronica; Muurinen, Hanna; Katajisto, Jouko; Suhonen,Riitta; Leino-Kilpi, Helena (2019): Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland, BMJ open, 9 (4), S. 1–9

Haensch, C.-A. et al. (2018): Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion, S1-Leitlinie, 2018; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien, abgerufen am 20.06.2021

Hall, Leanne M.; Neumann, Patricia; Hodges, Paul W. (2020): Do features of randomized controlled trials of pelvic floor muscle training for postprostatectomy urinary incontinence differentiate successful from unsuccessful patient outcomes? A systematic review with a series of meta-analyses, Neurourology and Urodynamics, 39 (2), S. 533–546

Hayden, Markus (2012): Präventiver Outcome von Selbsthilfegruppen für KrebspatientInnen. Ein Vergleich zweier geschlechtsspezifischer Erkrankungen. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magister der Philosophie, https://www.selbsthilfe-kaernten.at/files/selbsthilfe/news-publikationen/Allgemeine%20News/Praeventiver_Outcome_von_Selbsthilfegruppen_fuer_KrebspatientInnen.pdf, abgerufen am 31.07.2022

Hayder, D.; Schnepp, W. (2008): Harninkontinenz aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: 41 (4), S. 261–266

Hayder, Daniela; Schnepp, Wilfried (2014): Vorwort zum aktualisierten Expertenstandard, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung 2014, Hochschule Osnabrück

Hayder-Beichel, D. (2015): Stuhlinkontinenz: Unbeachtetes Leiden. Die Schwester/Der Pfleger, 54 (3), S. 36–39

Hayder-Beichel, Daniela (2022): Hautpflege bei Inkontinenz: So lässt sich die Haut vor Schäden schützen, https://www.barmer.de/gesundheit-verstehen/pflege/hautpflege-bei-inkontinenz-1058548, abgerufen am 10.08.2022

Hedden, Lindsay; Wassersug, Richard; Pollock, Phil; Sundar, Monita; Bell, Robert H.; Goldenberg, Larry; Higano, Celestia S. (2017): Evaluating an educational intervention to alleviate distress amongst men with newly diagnosed prostate cancer and their partners, BJU International, 120 (5 B), E21–29

Hellmann, Wolfgang (2010): Klinische Pfade und Behandlungspfade – Einführung und Überblick. Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade, http://www.mwv-berlin.de/buecher-bestellen-2016/images/product_images/leseproben_images/9783941468023_Leseprobe.pdf., abgerufen am 31.08.2022

Hellstrom, A. L., Hjälmås, K., Jodals, U. (1987): Rehabilitation of the dysfunctional bladder in children: method and 3-years follow up, Jurol, 138 (4), S. 847–849

Help-men.EU (2018): Erfolgsrezepte! „Geheimnisse des Erfolgs“ in der gesundheitsbezogenen Arbeit mit (bildungsbenachteiligten) Männern“, http://help-men.eu/wp-content/uploads/2018/10/Erfolgsrezepte.HelpMen.pdf, abgerufen am 13.04.2022

Heuveling, Johanna (2021): Prostatakrebs – Nachsorge und Rehabilitation, OnkoPortal, Deutsche Krebsgesellschaft, https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/nachsorge-und-rehabilitation.html, abgerufen am 27.03.2022

Hodges, Paul W.; Stafford, Ryan; Hall, Leanne; Neumann, Patricia; Morrison, Shan; Frawley, Helena; Doorbar-Baptist, Stuart; Nahon, Irmina; Crow, Jason; Thompson, Judith; Cameron, Anne P.: Reconsideration of pelvic floor muscle training to prevent and treat incontinence after radical prostatectomy, Urologic Oncology, Seminars and Original Investigations 000 (2019), S. 1−18

Hoebeke P (2006): Twenty years of urotherapy in children: What have we learned? Eur Urol, 49 (3), S. 426–8

Hoffmann, Wilfried; Franz, Heiko B. G. (2011): Therapiebedingte Komplikationen – Management von Inkontinenz nach onkologischer Behandlung. Im Focus Onkologie 14 (12), S. 37–43

Holze, Sigrun; Köhler, Norbert; Lutz, Gansera; Stolzenburg, Jens-Uwe; Brähler, Elmar; Gralla, Oliver (2012): Das lokalisierte Prostatatkarzinom, in: Harth, Wolfgang; Brähler, Elmar; Schuppe, Hans-Christian (Hrsg.): Praxishandbuch Männergesundheit, Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden, Berlin, S. 146–147

Huber, Johannes; Streuli, Jürg C.; Lozankovski, Novica; Stredele, Regina J. F.; Moll, Peter; Hohenfellner, Markus; Huber, Christian G.; Ihrig, Andreas; Peters, Tim (2016): The complex interplay of physician, patient, and spouse in preoperative counseling for radical prostatectomy: a comparative mixed-method analysis of 30 videotaped consultations, Psycho-Oncology, 25 (8), S. 949–956

Huber, Omega E. (2019): Präoperative Patientenedukation. Elementar trotz unklarer Evidenz, Der Schmerzpatient, 2 (01), S. 42–47

Huffman, J. W.; Osborne, S. L.; Sokol, J. K. (1952): Electrical stimulation in the treatment of intractable stress incontinence; a preliminary report, Arch Phys Med Rehabil, 33 (11), S. 674–6

International Continence Society (ICS) (2017): Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients, https://www.ics.org/publications/ici_4/files-book/comite-5A-B.pdf, abgerufen am 29.09.2022.

Janhsen Podien, Ellen (2019): Urotherapie im interdisziplinären Team, Journal für Urologie und Urogynäkologie/Österreich, 26 (1), S. 10–14

Janhsen, Ellen; Scholt, Doris; Bachmann, Hannsjörg (2007): Urotherapie – ein „neues“ Arbeitsfeld im Gesundheitswesen, Die Schwester/Der Pfleger, 46 (10), S. 948–951

Jing, Ma; Li, Haojie; Giovannucci, Ed; Mucci, Lorelei; Qiu, Weiliang; Nguyen, Paul L.; Gaziano, J. Michael; Pollak, Michael; Stampfer, Meir (2008): Prediagnostic body-mass index, plasma C-peptide concentration, and prostate cancer-specific mortality in men with prostate cancer: a long-term survival analysis. The Lancet Oncology, 9 (11), S. 1039–47

John, Hubert; Maletzki, Philipp (2018): Vom Frust zur Lust in der Urologie. Zur Behandlung von Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion, Conexus, 1, 181–194. https://doi.org/10.24445/conexus.2018.01.012, abgerufen am 04.04.2022

Kalusche-Bontemps, Eva-Maria; Reuss-Borst, Monika; Heußner, Pia; Seifart, Ulf; Schilling, Georgia; Beck, Jörn D.; Zimmer, Barbara (2015): Survivorship – lebenslange Begleitung von Krebspatienten, Oncol Research and Treatment, 38 (suppl 4), S. 2–23

Kannan, Priya; Winser, Stanley J.; Choi Ho, Lam; Hei, Leung C.; Kin, Lam C.; Agnieszka, Garbien E.; Jeffrey, Leung H. Y. (2019): Effectiveness of physiotherapy interventions for improving erectile function and climacturia in men after prostatectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial, Clinical Rehabilitation, 33 (8), S. 1298–1309

Klauber, Jürgen; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas; Mostert, Carina (Hrsg.) (2021): Krankenhausreport 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt, Springer Verlag

Kong, Eun-Hi; Deatrick, Janet; Brodway, Christine (2017): Men's experiences after prostatectomy: A meta-synthesis, https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(17)30165-7/fulltext, abgerufen am 01.07.2018.

Konsensusgruppe Kontinenzschulung e. V. (2022): Über uns, https://www.kontinenzschulung.de/ueberUns/ueberUns.html, abgerufen am 23.06.2022

Krauss, Swenja, Richter, Astrid (2018): Hilfsmittel bei Harninkontinenz, Inkontinenz-Materialien, Oberschwabenklinik, https://www.oberschwabenklinik.de/fileadmin/redakteur/HGS/Geriatrie/PDF/Inkontinenz_HGS_2019.pdf, abgerufen am 08.10.2022

Krebsinformationsdienst (KID)/Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2020): Örtlich begrenzter Prostatakrebs. Ein Ratgeber für Betroffene, www.krebsinformationsdienst.de, abgerufen am 04.04.2022

Krebsinformationsdienst (KID)/Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2021): So entsteht Prostatakrebs, https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/anatomie-krebsentstehung- haeufigkeit.php, abgerufen am 21.06.2022

Krull, F.; Pahernik, S.; Pandey, A. (2019): Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie. J. Urol. Urogynäkol. AT 26, 98–102 (2019), https://doi.org/10.1007/s41972-019-00081-7, abgerufen am 15.06.2022

Leben nach Krebs! e. V. (2019): Endlich: Nachsorgesprechstunde für Langzeitüberlebende am Vivantes Klinikum Neukölln, https://leben-nach-krebs.de/endlich-nachsorgesprechstunde-fuer-langzeitueberlebende- am-vivantes-klinikum-neukoelln/, abgerufen am 01.10.2022

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html, abgerufen am 26.05.2022

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 5.1, 2019 AWMF Registernummer: 043/022OL, https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/abgerufen am 06.09.2020

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 6.2, 2021, AWMF Registernummer: 043/022OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/, abgerufen am 04.04.2022

Lorch, Anja; Albers. Peter (2015): Prostatakarzinom, in: Lehnert, H. et al. DGIM Innere Medizin. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-54676-1_517-1

Lörcks, Annette (2010): Mikroschulung Intermittierender Selbstkatheterismus (ISK), Leitfaden für schulende Pflegende, Patienteninformationszentrum, Krankenhaus der barmherzigen Brüder Trier, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/mikroschulung/Mikroschulungskonzept_Selbstkatheterismus.pdf, abgerufen am 28.06.2019

Lühnen, Julia et al. (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, Evidenzbasierte Leitlinie, http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/, abgerufen am 24.07.2021

McCaughan, Eilis; Curran, Carol; Northouse, Laurel; Parahoo, Kader (2018): Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial, Applied Nursing Research 40 (2018), S. 143–151

McDonald, Steve; Matthew, J. Page; Beringer, Catherine; Wasiak, Jason; Sprowson, Andrew (2014): Preoperative education for hip or knee replacement, Cochrane Database Syst Rev. 2014, (1), https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003526.pub3/full?highlightAbstract=preoperative%7Cknee%7Ceduc%7Ceducation%7Cpreoper%7Cfour%7Cfor%7Creplacement%7Creplac%7Cpreoperativ%7Chip#0, abgerufen 08.02.2022

McIntyre, Rochelle, Craig, Agnella (2015): A Literature Review of Patient Education: Is IT Time to Move Forward?, Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences, 46 (2015), S. 75–85

Miller, Kurt; Gschwend, Jürgen (2019): Ursachen und Risikofaktoren für Prostatakrebs https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/ursachen-und-risikofaktoren.html, abgerufen am 02.11.2019

Müller, C.; Herzog, C.; Sommer, F.; Böck, J. C. (2010): Prävention und Rehabilitation nach radikaler Prostatektomie - Teil II: Harninkontinenz, Journal für Urologie und Urogynäkologie 2010; 17 (4). S. 5–11

Müller, Guido; Otto, Ullrich (2016): Rehabilitation nach radikaler Prostatektomie, in: Michel, Maurice Stephan; Thüroff, Joachim W.; Janetschek, Günther; Wirth, Manfred (Hrsg.) (2015): Die Urologie, S. 2177–2187, Springer

Mungovan, Sean F.; Huijbers, Bregtje P.; Hirschhorn, Andrew D.; Patel, Manish I. (2016): What Makes Men Leak? An Investigation of Objective and Self-Report Measures of Urinary Incontinence Early After Radical Prostatectomy, Neurourology and Urodynamics, 35, (2) S. 225–229

Naegele M (2006 a): Konzeptentwurf zur Patientenedukation in der Onkologie: Krankheitsbewältigung gezielt unterstützen. In: Pflegezeitschrift 06/2006, S. 350–353

Naegele M (2006 b): Mit dem Krebs umgehen lernen. Patientenedukation in der onkologischen Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 06/2006, S. 432–436

Nahon, Irmina (2021): Physiotherapy management of incontinence in men, Journal of Physiotherapy, 67 (2), S. 87–94

Nambiar, Arjun K.; Bosch, Ruud; Cruz, Francisco; Lemack, Gary E.; Thiruchelvam, Nikesh; Tubaro, Andrea; Bedretdinova, Dina A.; Ambühl, David; Farag, Fawzy; Lombard, Riccardo; Schneider, Marc P.; Burkhard, Fiona C. (2018): EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence, Eur Urol., 73 (4), S. 596–609

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021): Prostate cancer: diagnosis and management, www.nice.org.uk/guidance/ng131, abgerufen am 14.05.2022

National Institute for Health Research (2017): Men feel physically and psychologically ill-prepared for prostate cancer surgery, https://discover.dc.nihr.ac.uk/content/signal-000513/men-feel-physically-and- psychologically-ill-prepared-for-prostate-cancer-surgery, abgerufen am 07.07.2022

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017): Literaturliste Angehörigenarbeit, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/2018/Unterseite_Angeh%C3%B6rigenarbeit_2017.pdf, abgerufen am 28.06.2019

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017): Literaturliste Beratung/Gespräch, Stand: Dezember 2017, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/2018/Unterseite_Beratung_2017.pdf, abgerufen am 28.06.2019

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017): Literaturliste Evidenzbasierte Patienteninformation, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/2018/Unterseite_Evidenzbasierte%20Patienteninformation_2017.pdf, abgerufen am 28.06.2019

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017): Literaturliste Vermischtes (Deutsch), Stand: Dezember 2017, https://patientenedukation.de/weiterlesen/literaturlisten, abgerufen am 28.06.2019

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017): Theoretische Grundlagen, https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/2018/Unterseite_Theoretische%20Grundlagen_2017.pdf, abgerufen am 28.06.2019

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V (2019): Zeitschriftenbeiträge, https://patientenedukation.de/weiterlesen/zeitschriftenbeitraege, abgerufen am 28.06.2019

Neveus, T.; von Gontard, A.; Hoebeke, P.; Hjalmas, K.; Bauer, S.; Bower, W. et al. (2006): The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2006 Jul; 176 (1), S. 314–324.

Northouse, Laurel L.; Mood, Darlene W.; Schafenacker, Ann; Montie, James E.; Sandler, Howard M.; Forman, Jeffrey D.; Hussain, Maha; Pienta, Kenneth J.; Smith, David C.; Kershaw, Trace (2007): Randomized Clinical Trial of a Family Intervention for Prostate Cancer Patients and Their Spouses, CANCER, 110 (12), S. 2808–2818

Pages, I.-H. (2004): Die Rolle der Physiotherapie bei der Inkontinenz des Mannes, Journal für Urologie und Urogynäkologie, Ausgabe für Deutschland, 11 (1), S. 30–32

Paterson, Catherine; Jones, Martyn; Rattray, Janice; Lauder, William (2014): Identifying the self-management behaviours performed by prostate cancer survivors: a systematic review of the evidence, Journal of Research in Nursing, 20 (2), S. 96–111

Prostate Cancer Foundation Australia (2022): Nonsurgical treatment for PPI, https://www.pcfa.org.au/news-media/news/nonsurgical-treatment-for-ppi/, abgerufen am 30.09.2022

Raepsaet, Charlotte; Fourie, Anika; Van Hecke, Ann; Verhaeghe, Sofie; Beeckman, Dimitri (2021): Management of incontinence-associated dermatitis: A systematic review of monetary data, Int Wound Journal, 18 (1), 79–94.

Ratgeber Gesundheit (2019): Preha: wie Training vor einer OP hilft. www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Preha-Wie-Training-vor-einer-OP-hilft,prehabilitation100.html

Resnick, Matthew J.; Lacchetti, Christina; Bergman, Jonathan; Hauke, Ralph J.; Hoffman, Karen E.; Kungel, Terrence M.; Morgans, Alicia K.; Penson, David F. (2015): Prostate Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement, Journal of Clinical Oncology, 33 (9), S. 1078–1085

Rick, O.: Böckmann, J.; Dauelsberg, T.; Hoffmann, W.; Kämpfer, W.; Otto, U.; Rogge, A.; Zermann, D. (2015): Standard für die Rehabilitation von Patienten mit Prostatakarzinom – ein multidisziplinärer Konsens. GMS Onkol Rehabil Sozialmed. 2015 (4), S. 1–20

Ronco, Monica; Iona, Leo; Fabbro, Carmen; Bulfone, Giampiera & Palese, Alvisa (2012): Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010, International Journal of Evidence-Based Healthcar; 10 (4), S. 309–323

Rust, Lisa; Bamberger, Günther G.; Abt-Zegelin, Angelika (2009): „Setzen Sie sich doch noch einen Moment …“, Beratungsgespräche in der Pflege, 2. Teil, Die Schwester/Der Pfleger, 48. Jahrg., Heft 09, S. 856–861

Salonia, Andrea; Adaikan, Ganesh; Buvat, Jacques; Carrier, Serge; El-Meliegy, Amr; Hatzimouratidis, Kostas; McCullough, Andrew; Morgentaler, Abraham; Torres, Luiz Otavio; Khera, Mohit (2017a): Sexual Rehabilitation After Treatment for Prostate Cancer, Part 1: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015), Journal of Sexual Medicine, 14 (3), S. 285–296

Salonia, Andrea; Adaikan, Ganesh; Buvat, Jacques; Carrier, Serge; El-Meliegy, Amr; Hatzimouratidis, Kostas; McCullough, Andrew; Morgentaler, Abraham; Torres, Luiz Otavio; Khera, Mohit (2017b): Sexual Rehabilitation After Treatment for Prostate Cancer, Part 2: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine, Journal of Sexual Medicine, 14 (3), S. 297–315

Santa Mina, Daniel; Matthew, Andrew G.; Hilton, William J.; Au, Darren; Awasthi, Rashami; Alibhai, Shabbir M. H.; Clarke, Hance; Ritvo, Paul; Trachtenberg, John; Fleshner, Neil E.; Finelli, Antonio; Wijeysundera, Duminda; Aprikian, Armen; Tanguay, Simon; Carli, Franco (2014): Prehabilitation for men undergoing radical prostatectomy: a multi-centre, pilot randomized controlled trial, BMC Surgery, 14 (89), S. 1–8

Schaeffer, Doris (2008): Sicherung von Versorgungskontinuität – Herausforderungen für die Pflege, Vortrag Deutscher Krankenhaustag, http://deutscherkrankenhaustag.de/images/pdf/2008/Schaeffer.pdf., abgerufen am 09.05.2022

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria, Hurrelmann, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht, Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: 10.2391/0070-pub-29081112, abgerufen am 05.03.2022

Schäfer, Antonius; Abt-Zegelin, Angelika (2009): Sichere Versorgung: Patientenedukation und Patientensicherheit greifen ineinander, Die Schwester/Der Pfleger, 48 (10), S. 970–973

Scharrer, Cindy (2016): Viel erreicht, Patientenedukation, Die Schwester/Der Pfleger, 55. Jahrg., Heft 11, S. 96–97

Schieron, M. (2016): Filmrezension Krebs bei Männern. PADUA, 11 (4), S. 288

Schmidt-Kaehler, Sebastian; Vogt, Dominique; Berens, Eva M.; Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2017): Gesundheitskompetenz - Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz, Bielefeld: Universität Bielefeld

Schmuck, Ute (2017): Beckenbodentraining für Männer: Harninkontinenz und Erektionsstörungen mindern und überwinden, 5. Edition, Urban & Fischer Verlag/Elsevier

Segmüller, Tanja; Kocks, Andreas (2013): Wie kann Beratung in der Pflege gelingen?, JuKiP; 02 (01): S. 25–29

Singh, Favil; Newton, Robert U.; Galvão, Daniel A.; Spry, Nigel; Baker, Michael K. (2013): A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer patients, Surgical Oncology, 22 (2), S. 92–104

Sokolakis, Ioannis (2020): Penisrehabilitation bei erektiler Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie, Der Urologe, 59 (12), S. 1541–1544

Soljanik, I. et al. (2008): Das Prostatakarzinom bei Übergewichtigen und Adipösen - existiert ein höheres Risiko für ein aggressives Tumorwachstum? 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Stuttgart, 24.-27.9.08, Abstract P 10.3, Urologe 2008 (Suppl. 1): S. 46

Soto González, Mercedes; Da Cuña Carrera, Iria; Gutiérrez Nieto, Manuel; López García, Sabela; Ojea Calvo, Antonio; Lantarón Caeiro, Eva M. (2020): Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial, Neurourology and Urodynamics. 2020; S. 1–9; https://doi.org/10.1002/nau.24389, erfasst am 22.08.2022

Spalding, Nichola Jane (2003): Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar. Occupational Therapy International, 10 (4), S. 278–293

Steginga, S. K.; Occhipinti, S.; Dunn, J.; Gardiner, R. A.; Heathcote, P.; Yaxley, J. (2001): The supportive care needs of men with prostate cancer, Psychooncology, 10 (1), S. 66–75.

Steinbeck, Viktoria; Ernst, Sophie-Christin; Pross, Christoph (2021): Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland, https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/patient- reported-outcome-measures-proms-ein-internationaler-vergleich, abgerufen am 04.09.2022

Stief, Christian; Urologische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (o. Dat.): Patienten-Info, http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Urologische-Klinik-und-Poliklinik/de/patienteninformation/inkontinenz_mann/index.html, abgerufen am 10.02.2022

Ströbl, V.; Friedl-Huber, A.; Küffner, R. et al. (2007): Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 2007; 75, S. 11–14

Terzoni, Stefano; Montanari, Emanuele; Mora, Cristina; Ricci, Cristian; Destrebecq, Anne (2015): Developing a rehabilitation programme for male urinary incontinence: detailed schemes and results on 122 patients, International Journal of Urological Nursing, 9 (3), S. 149–155

Tiemann, Arne (2022): Erektionsstörungen, Urologenportal, https://www.urologenportal.de/patienten/patienteninformation/patientenratgeber/erektionsstoerungen.html, abgerufen am 20.06.2022

Tolsdorf, Mareike (2010): Patientenedukationsprogramme zur sensorischen Förderung, NOVAcura 5|10, S. 28 f., https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/Tolsdorf_Nova_2010.pdf, abgerufen am 28.06.2019

Tolsdorf, Mareike; Abt-Zegelin, Angelika (2013): Bedürfnisorientierung ist entscheidend. Schulung pflegender Angehöriger, Die Schwester/Der Pfleger, 52 (6) 596 ff.

Tolsdorf, Mareike; Bamberger, Günther G.; Abt-Zegelin, Angelika (2009): „Bitte bleiben Sie hier“, Beratungsgespräche in der Pflege, 1. Teil, Die Schwester/Der Pfleger, 48. Jahrg. 06, S. 1–4

Tries, Jeannette (1990): Kegel exercises enhanced by biofeedback, Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 17 (2), S. 67–76.

Vahlensieck, Winfried (2007): 4. Kooperation von Rehabilitationskliniken, Selbsthilfezusammenschlüssen und Selbsthilfekontaktstellen - Beispiele guter Praxis, 4.1 Urologische Rehabilitation und Selbsthilfe, in: Borgetto, Bernhard; Klein, Martina (Hrsg.): Rehabilitation und Selbsthilfe, S. 80 ff., https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Kooperation_Rehabilitationskliniken-Selbsthilfeorganisationen.pdf., abgerufen am 07.07.2022

Vereinigung der Urotherapie e. V. (DACH) (2020): Urotherapie, www.urotherapie.de, abgerufen am 19.10.2022

Vogelbusch, Heike; Töpfer, Armin (2017): Entlassungsmanagement, eine gesetzliche und organisatorische Herausforderung, in: Albrecht, D.; Töpfer, A. (Hrsg.): Handbuch Changemanagement im Krankenhaus. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 331–343, https://doi.org/10.1007/978-3-642-20362-6_21, abgerufen am 03.04.2022

Vutuc, Christian; Haidinger, Gerald; Madersbacher, Stephan; Berger, Ingrid; Culig, Zoran (2010): Prostatakarzinom – Epidemiologie in Österreich, Risikofaktoren Pathologie, hormonelle Regulation und Tumorbiologie, Journal für Urologie und Urogynäkologie 2010, 7 (Sonderheft 2) (Ausgabe für Österreich), S. 1220, https://www.kup.at/kup/pdf/8822.pdf, abgerufen am 02.11.2019

Wachs, Silke Dorothea (2018): Blasen- und Darmschulung: Eine prospektive Evaluation eines urotherapeutischen Schulungsprogrammes, Dissertation, Universität des Saarlandes, doi:10.22028/D291-27921, abgerufen am 13.04.2022

Waller, Amy; Forshaw, Kristy; Bryant, Jamie; Carey, Mariko; Boyes, Allison; Sanson-Fisher, Rob (2015): Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output over time, Patient Education and Counseling, 98 (12), S. 1540–1549

Weißbach, Lothar; Boedefeld, Edith A. (Hrsg.) (2016): Der große Patientenratgeber Prostatakrebs, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, W. Zuckschwerdt Verlag, Germering/München

Wennerberg, Camilla; Schildmeijer, Kristina; Hellström, Amanda; Ekstedt, Mirjam (2021): Patient experiences of self-care management after radical prostatectomy, European Journal of Oncology Nursing, 50, (1) 1–8

WHO (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002, abgerufen am 11.02.2022

Wirth, M.; Fröhner, M. (2014): Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms, in: Rübben, Herbert (Hrsg.): Uroonkologie, Springer Verlag, S. 570–584

Wittink, Harriet; Oosterhaven, Janke (2018): Patient education and health literacy, Research Group Lifestyle and Health, Utrecht University of Applied Sciences, Musculoskeletal Science and Practice, 38 (6), S. 120–127

World Cancer Research Fund International (2018): Continuous Update Project Report: Diet, nutrition, physical activity and prostate cancer, https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/global-cancer-update-programme/resources-and-toolkits/, abgerufen am 18.06.2022

Zellner, M. (2011): Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie und Zystektomie. Sind apparatives Kombinationstraining und Ganzkörpervibration effektiv?, Der Urologe 50 (4), S. 433–444

Zellner, Michael; Ridderskamp, David; Riedl, Rudolf (2017): Serie: Qualifizierte Nachsorge nach radikaler urologischer Tumorchirurgie, Teil 1: Harninkontinenz und Sexualfunktionsstörungen, URO-NEWS, 21 (7-8), S. 38–42

Zentrum für Qualität in der Pflege (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf, 09.05.2022

Zok, Klaus (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz, Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, WIdO monitor, 11 (2): S. 1–12

Zopf, E. M.; Bloch, W.; Machtens, S.; Zumbe, J.; Rubben, H.; Marschner, S.; Kleinhorst, C.; Schulte-Frei, B.; Herich, L.; Felsch, M.; Predel, H.-G.; Braun, M.; Baumann, F. T. (2015): Effects of a 15-month supervised exercise program on physical and psychological outcomes in prostate cancer patients following prostatectomy: The ProRehab study. Integrative Cancer Therapies, 14 (5), S. 409–18

VIII. Anhang

A Informationsblatt Pathophysiologie und Ätiologie/Epidemiologie beim Prostatakarzinom

B Überblick der Empfehlungen der Leitlinie

C Klinischer Pfad Urotherapie radikale Prostatektomie

D Mitglieder der Leitliniengruppe

E Erklärung zu Interessen und zum Umgang mit Interessenkonflikten

F Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Patienten

G Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Team

Anhang A: Informationsblatt Pathophysiologie und Ätiologie/Epidemiologie beim Prostatakarzinom

Information für Betroffene, Angehörige und alle an der Therapie beteiligten Personen zu erforschten Faktoren, die die Entstehung eines Prostatakarzinoms und den Krankheitsverlauf beeinflussen können. Inhaltlicher Gesprächsleitfaden Lebensstilanpassung/Ernährung

Pathophysiologie

Nachgewiesen ist, dass Prostatakrebs fast immer von Drüsenepithelien ausgeht (Adenokarzinom). Selten werden Sarkome nachgewiesen. Der Tumor entwickelt sich vollständig unabhängig von – aber häufig gleichzeitig mit – einer benignen (gutartigen) Prostatahyperplasie (Gasser 2015, S. 110).

In Studien konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden, dass eine Entzündung der Prostata (Prostatitis) als Auslöser dieser Krebserkrankung anzusehen ist. Es zeigten sich jedoch Hinweise, die auf einen Zusammenhang zwischen chronischer Entzündung der Prostata und Entstehung dieser Krebsart hindeuten.

Initial liegen meist keine Symptome vor. Klinisch manifest wird ein Prostatakarzinom durch sein abflussbehinderndes Tumorwachstum oder selten durch Metastasenschmerzen (Lumbago, Ischias) als erstes Krankheitssymptom überhaupt (Gasser 2015, S. 110).

Ätiologie

(Ursachen für das Entstehen einer Krankheit)

Die genaue Ätiologie des Prostatakarzinoms ist nicht bekannt (Graefen 2014, S. 218).

Männer sollen darauf hingewiesen werden, dass das Alter der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten eines Prostatakarzinoms ist (Deutsche Krebsgesellschaft et al. 2019, S. 25). Auch genetische Faktoren spielen bei der Entstehung eines Prostatakarzinoms eine Rolle. 10–15 % aller Prostatakarzinome sind hereditär (erblich) bedingt (Graefen 2014, S. 218).

Epidemiologie

(Erforschung der Faktoren, die Gesundheitszustände beeinflussen.)

Es existiert eine Reihe von Hinweisen, dass genetische Faktoren, Umwelteinflüsse und Ernährung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Prostata-Krebs spielen. Verschiedene Studien hierzu haben eine Reihe möglicher Risikofaktoren identifiziert.

Übergewicht, Vitamin D und die Ernährung können hierbei eine wichtige Rolle spielen (Vutuc et al. 2010).

Übergewicht

Übergewicht und Prostata-Krebs sind in westlichen Industriestaaten in Zusammenhang zu bringen.

Obwohl ältere Studien über diesen Zusammenhang nicht geschlossen waren, zeigten Untersuchungen an erkrankten Betroffenen, dass Übergewicht mit einem reduzierten Risiko für nicht aggressive Tumoren, aber mit einem höheren Risiko für aggressive Tumoren in Verbindung zu bringen ist.

Einfluss von Vitamin D

Vitamin D ist ein essenzielles Vitamin. Das Interesse an Vitamin D als Risikofaktor für das Prostatakarzinom fußt auf mehreren epidemiologischen (auf ein Gebiet beschränkte) Beobachtungen: Männer, die in nördlichen Breitengraden mit weniger Sonneneinstrahlung leben, haben eine höhere Erkrankungsrate; Afro-Amerikaner, deren Melanin in der Haut die UV-Strahlung blockiert und damit die Aktivierung von Vitamin D hemmt, weisen weltweit die höchste Erkrankungsrate in dem gleichen beobachteten Zeitraum auf. Auch wäre eine Diät reich an Kalzium, welche die Vitamin D-Spiegel senkt, mit einem höheren Prostata-Krebs-Risiko assoziiert;

Japaner, deren Diät durch den hohen Fischanteil reich an Vitamin D ist, haben ein geringeres Prostata-Krebs-Risiko.

In einer Vielzahl von Studien konnte jedoch noch kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Vitamin-D-Blutserumspiegel und dem Risiko, an einem Prostatakrebs zu erkranken, hergestellt werden.

Ernährung

Prostatakrebs wird häufig als Erkrankung westlicher Industriestaaten beschrieben. Die Ernährungsweise in den westlichen Ländern ist gekennzeichnet durch einen hohen Gehalt an tierischen Fetten und Proteinen (Eiweiß) und einen geringeren Anteil an Ballaststoffen. Dies steht im Gegensatz zu der asiatischen Ernährung, die arm an tierischen Fetten und reich an Früchten und Gemüse ist – somit u. a. auch ein logisches Erklärungsmodell für ein geringeres Auftreten von Prostatakrebs in den fernöstlichen Ländern. Fettkonsum, insbesondere der Verzehr von ungesättigten Fettsäuren und das Auftreten von Prostatakrebs, der zum Tode führt, weisen weltweit einen engen Zusammenhang auf. Epidemiologische Daten weisen auf einen Zusammenhang zwischen Ernährung, gewissen Umweltfaktoren und dem Risiko, an Prostatakrebs zu erkranken, hin.

Anhang B: Überblick der Empfehlungen der Leitlinie

Empfehlung V.1.1: Die urotherapeutische Begleitung beginnt mit einem standardisierten präoperativen Kontinenztraining.

Empfehlung V.1.2: Die urotherapeutische Begleitung erfolgt postoperativ im Rahmen von drei Kontakten mit einem Anteil standardisierter, aber vor allem am individuellen Bedarf der Betroffenen orientierten Inhalten. Bei Bedarf werden individuell weitere Kontakte vereinbart. Die/der UrotherapeutIn trägt zum Informationsfluss zwischen den Mitgliedern des multiprofessionellen, interdisziplinären Teams durch Dokumentation ihrer Tätigkeit sowie Einbeziehung einzelner Mitglieder des Teams bei Bedarf bei.

Empfehlung V.1.3: Die urotherapeutische Begleitung soll in der Rehabilitation weitergeführt werden. Die/der UrotherapeutIn trägt zum Informationsfluss zwischen den Mitgliedern des multiprofessionellen, interdisziplinären Teams durch Dokumentation ihrer/seiner Tätigkeit sowie Einbeziehung einzelner Mitglieder des Teams bei Bedarf bei.

Empfehlung V.2.1. a): Die urotherapeutische Edukation nutzt Aspekte der kognitiven Verhaltenstherapie und der lerntheoretischen Grundlagen, um Menschen in ihrer Verhaltensanpassung zu unterstützen.

Empfehlung V.2.1. b): Urotherapeutische Begleitung umfasst alle Phasen der Krankheitsbewältigung

Empfehlung V.2.2: Die/der UrotherapeutIn informiert Betroffene über Grundzüge der Ernährung und spricht Möglichkeiten der Ernährungsanpassung an. Bei aktuellen Problemstellungen im Bereich Ernährungszustand und/oder Mangelernährung stellt er/sie den Kontakt zu einer Expertin/einem Experten her.

Empfehlung V.2.8: Urotherapeuten informieren und beraten Betroffene und Zugehörige über rechtliche Vorgaben zur Hilfsmittelversorgung, ableitende und aufsaugende Inkontinenzprodukte und die Aufgaben von Home-Care-Unternehmen.

Empfehlung III. 2: Die Definition der International Continence Society ICS wird zur Beschreibung der Harninkontinenz verwendet.

Empfehlung III. 3: Der Begriff „erektile Dysfunktion“ wird verwendet, wenn eine mehr als 6 Monate bestehende Unfähigkeit, eine befriedigende Erektion zu erreichen und aufrechtzuerhalten, auftritt.

Empfehlung V.3.3: Begleittherapeutisch wird bei Männern mit Prostatakarzinom ein frühzeitig begonnenes, individuell abgestimmtes und unter therapeutischer Anleitung durchgeführtes aerobes Ausdauertraining, ein moderates Krafttraining und Koordinationstraining empfohlen.

Empfehlung III. 4: Die folgende Definition soll verwendet werden: Urotherapie ist ein konservatives, nicht-operatives und nicht-pharmakologisches Behandlungskonzept. Sie steht für die Rehabilitation der unteren Harnwege und betreut die Betroffenen ganzheitlich in Form von Information, Beratung, Anleitung und Schulung und umfasst die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Menschen mit funktionellen, organischen oder neurologisch bedingten Störungen der Blasen- und Darmentleerung.

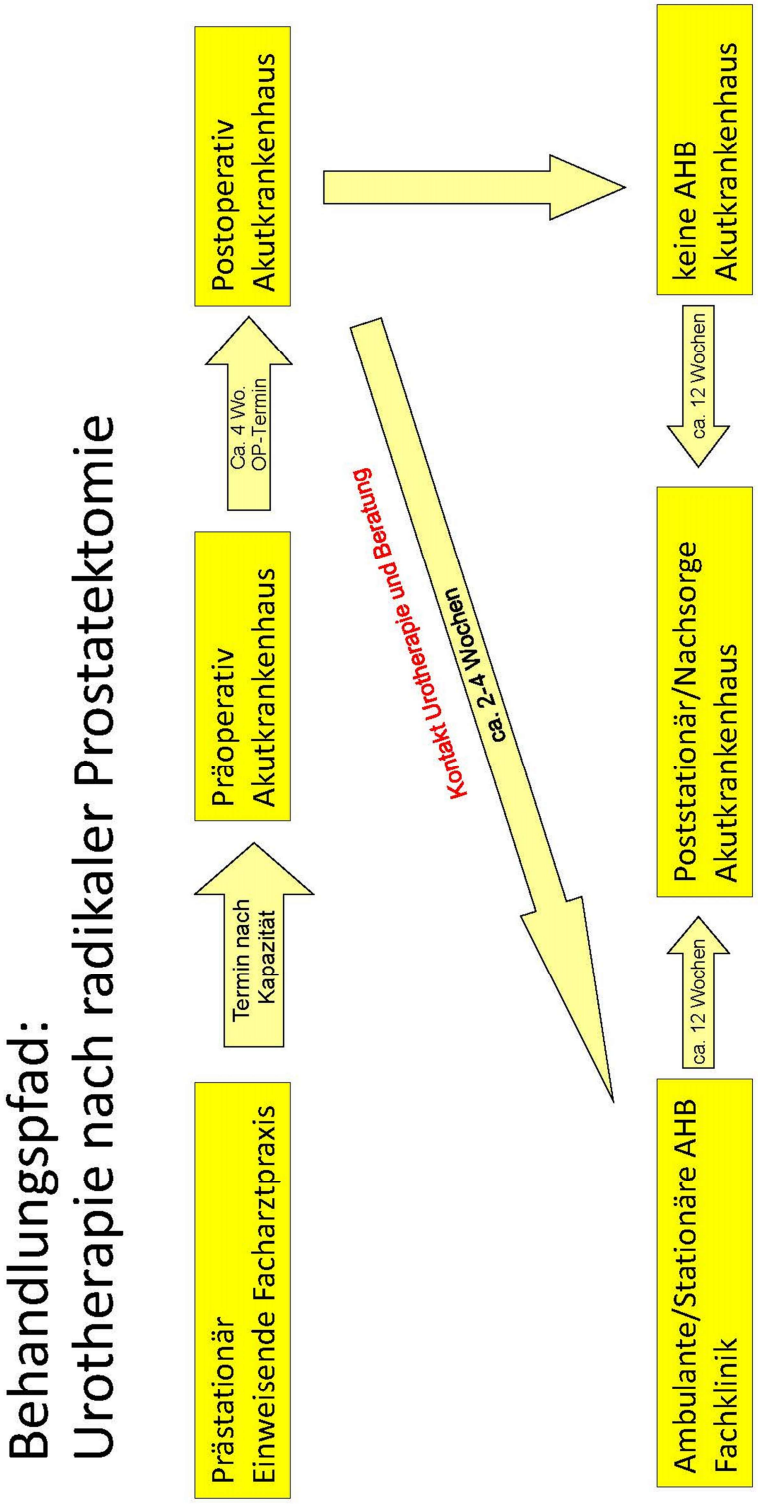
Empfehlung IV: Die kontinuierliche Begleitung der erkrankten Männer und ihrer Zugehörigen durch Urotherapeuten soll bereits präoperativ beginnen.

Empfehlung V.4:a) sind im Arbeitsbereich der Urotherapeuten Strukturen des Entlassungsmanagements vorhanden, beteiligen sie sich am Entlassungsmanagement durch Einbringung ihrer Fachexpertise, durchgängige Dokumentation ihrer Tätigkeit, Kooperation im behandelnden Team und Mitarbeit an der Entwicklung geeigneter Instrumente (z. B. klinische Pfade)

b) sind im Arbeitsbereich der Urotherapeuten bisher keine Strukturen des Entlassungsmanagements vorhanden, stellen Urotherapeuten den Informationsfluss zu allen an der Behandlung Beteiligten her. Dazu entwickeln sie eigene Instrumente (z. B. Behandlungspfade, standardisierte Überleitungsbögen u. a.) und setzen sich aktiv für den Aufbau eines Netzwerkes ein.

Empfehlung V.4.2: Urotherapeuten sollen frühzeitig individuell Betroffene und/oder ihre Zugehörige zu Hilfsmitteln beraten und ihnen Muster von Hilfsmitteln zur Verfügung stellen bzw. durch Zusammenarbeit mit geeigneten Fachkräften anbahnen. Dabei stellen sie eine produktneutrale Beratung sicher.

Anhang C: Klinischer Pfad Urotherapie radikale Prostatektomie



Klinischer Pfad: Akutkrankenhaus

Prästationär
Einweisende Facharztpraxis

Information und Angebote:
- Diagnose
- Therapiemöglichkeiten
- psychologische Unterstützung
- Spezifisches Beckenbodentraining

Kontakt Urotherapie und Beratung

Termin nach Kapazitäten

Präoperativ
Akutkrankenhaus

Erstgespräch Information über:
- die anatomischen Strukturen
- Auswirkung der OP
- prä- u. postoperative Maßnahmen
- Anleitung u. Übungen zur Beckenbodenwahrnehmung

Anmeldung:
- präoperatives Kontinenztraining
- psychologische/sexualtherapeutische Beratung (bei Bedarf)
- Evaluation: Austeilen der Fragebögen

Prätherapeutische Konferenz:
- Interdisziplinäre fallbezogene Diskussion zu allen stationär geplanten Patienten
- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans

Kontakt Urotherapie und Beratung

ca. 4 Wochen, OP

Postoperativ
Akutkrankenhaus

Individuelle Beratung, Schulung u. Anleitung durch UrotherapeutIn:
- Trinkverhalten, DK-Pflege, Kontinenzhilfsmittel, Beckenbodentraining, Toilettenverhalten
- Planung von Nah- und Fernzielen

Anmeldung:
- spezifisches Beckenbodentraining
- psychologische/sexualtherapeutische Beratung (bei Bedarf)

Nach DK-Entfernung,
individuelle Beratung, Schulung u. Anleitung:
- Trinkverhalten, Ernährung
- Miktionstraining, Kontinenzhilfsmittel, Toilettenverhalten
- Bewegung, körperliche Belastung
- Spezifisches Beckenbodentraining

Patientenüberleitung AHB/ambulante Nachsorge,
individuelle Beratung, Schulung u. Anleitung
- Spezifische Beckenbodenübungen für Zuhause
- Kontinenzhilfsmittel
- Selbsthilfegruppen
- Rezeptmanagment

Evaluation: Einsammeln der Fragebögen
Posttherapeutische Konferenz:
Interdisziplinäre, fallbezogene Diskussion zu ausgewählten Patienten
Erstellen eines individuellen Behandlungsplans

Kontakt Urotherapie und Beratung

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

Klinischer Pfad: AHB Fachklinik

Ambulante/Stationäre AHB Fachklinik

- **Erstgespräch:**
- Vorstellung + Rolle der UrotherapeutIn
- Erarbeitung des Rehaziels
- Hilfsmittelberatung/-anpassung
- PAD-Test
- Angebot für patienteninitiierte Konsultation

Beratung, Schulung u. Anleitung:
- Urotherapeutische Gruppenberatung
- Evaluation: Austeilen der Fragebögen
- Ggf. Anpassung von Hilfsmitteln
- Ggf. Einweisung Vakuumpumpe
- Bei ausbleibender Verbesserung: Behandlungsplan anpassen
- PAD-Test-Kontrolle vor Entlassung

Evaluation: Einsammeln und Auswertung der Fragebögen

ca. 12 Wochen →

Poststationär/Nachsorge Akutkrankenhaus

Individuelle Beratung, Schulung und Anleitung:
- Evaluation des Behandlungsplans
- Informationen: Kontinenztraining
- Elektrostimulation/Biofeedback
- Kontinenzhilfsmittel
- Selbsthilfegruppen
- Ggf. Einweisung Vakuumpumpe
- Ggf. Antragstellung nach 1 Jahr für eine Rehabilitationsmaßnahme

← ca. 12 Wochen

Keine AHB Akutkrankenhaus

Information über:
- weitere Nachsorgetermine

Kontakt Urotherapie und Beratung

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

Anhang D: Mitglieder der Leitliniengruppe

Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Barbara Schilcher	Kinderkrankenschwester, Pflegedienstleitung, Pflegeberaterin, Urotherapeutin, Dozentin, Koordinatorin der Leitliniengruppe
Cornelia Bartsch	Krankenschwester, Urotherapeutin
Antje Brosemann	Krankenschwester, Urotherapeutin, Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz, Wunde
Galina Garbolinski	Krankenschwester, Urotherapeutin, Kontinenzfachkraft, Bowel-Managerin, Kontinenz-Versorgermanagerin im Home-Care-Bereich
Heiko Kreß	Krankenpfleger, Urotherapeut, Fachkraft für Stomapflege (StomaCert), Fachtherapeut Wunde (ICW)
Guido Pflüger	Krankenpfleger, Urotherapeut, Teamleitung urologische Ambulanz und urologische Endoskopie
Doris Scholt	Krankenschwester, Fachkrankenschwester Intensiv und Anästhesie, Lehrerin für Pflegeberufe, MScN
Kirsten Unruh	Krankenschwester, Urotherapeutin, Beckenboden-Kursleiterin BeBo©

Begleitende Fachexperten:

Sabine Irmer	Urotherapeutin, Expertin für Blasen- und Darmentleerungsstörungen, staatl. geprüfte Gymnastiklehrerin
Judith Elliott	Dozentin M. A. Bildung im Gesundheitswesen, B. Sc. Physiotherapie, Urotherapeutin
Mathias Berauer	Qualitätsmanagementbeauftragter AMEOS Klinikum Halberstadt, Akademisches Lehrkrankenhaus
Dr. med. Per Friedrichsen	Chefarzt Urologie und Kinderurologie, AMEOS Klinikum Halberstadt, Akademisches Lehrkrankenhaus
Dr. med. Evangelos Georgas	Facharzt für Urologie, Palliativmedizin, Andrologie u. medikamentöse Tumortherapie, FEBU, FECSM, Urologisches Zentrum Neuss
Dr. med. Dittmar Freiherr Grote	Oberarzt in der Klinik für Urologie und Kinderurologie im Klinikum Itzehoe
Antonia Jeziorowski	Fachärztin Urologie, Klinik für Urologie, Klinikum Fürth
Dr. med. Fabian Queißert	Leiter Bereich Kontinenz und Neurologie, UKM Uniklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Hans-Jürgen Schulz	Leitung Selbsthilfegruppe Prostatakrebs, Neuss

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Gesundheits- und Krankenpflege mit der Weiterbildung Urotherapeut

Physiotherapeuten mit der Weiterbildung Urotherapeut

Facharzt Urologie

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Fachgesellschaften, Arbeitskreise und Vereine: D-A-C-H Vereinigung der Urotherapie e. V.

Anhang E: Erklärung zu Interessen und zum Umgang mit Interessenkonflikten*

(laufendes Jahr und bis 3 Jahre zurückliegend)

Name/Qualifikation/ Position	Beratende und/oder gutachterliche Tätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat	Bezahlte Schulungs- und/ oder Vortragstätigkeit	Bezahlte Autoren- und/oder Co-Autorin	Forschungsvorhaben/klinische Forschung	Mitarbeit in der AG Leitlinie	Indirekte Interessen	Themen mit Interessenkonflikt / Konsequenz bzw. Umgang damit
Doris Scholt, MScN, ehemalige pädagogische Leitung WB UrotherapeutIn, Klinikum Links der Weser, Bremen	Ja, WB Urotherapeutin	nein	Ja, WB UrotherapeutIn/ UrotherapeutInnenkonferenz	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.	
Heiko Kreß, Krankenpfleger, Urotherapeut, Fachtherapeut Wunde (ICW), Fachkraft für Stomapflege (StomaCert), Klinikum Fürth	nein	nein	Ja, innerbetrieblich, (Klinikum Fürth)	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V., ICW Initiative Chronische Wunden e. V.	
Antje Brosemann, Krankenschwester Urotherapeutin Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde, Universitätsklinikum Münster	nein	nein	Ja, WB Urotherapeutin Klinikum Links der Weser	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.	

* Angelehnt an die AWMF-Empfehlungen zu Interessenkonflikten sowie das dazugehörige Musterformular (https://www.awmf.org/regelwerk/erklaerung-von-interessen-und-umgang-mit-interessenkonflikten).

Name/Qualifikation/ Position	Beratende und/oder gutachterliche Tätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat	Bezahlte Schulungs- und/ oder Vortragstätigkeit	Bezahlte Autoren- und/oder Co-Autorin	Forschungsvorhaben/klinische Forschung	Mitarbeit in der AG Leitlinie	Indirekte Interessen	Themen mit Interessenkonflikt / Konsequenz bzw. Umgang damit
Guido Pflüger, Teamleitung Urologische Endoskopie und Ambulanz, Urotherapeut Klinikum Itzehoe Klinik für Urologie und Kinderurologie	nein	nein	nein	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.	
Galina Garbolinski, Krankenschwester, Urotherapeutin, Vertriebsaußendienst	nein	nein	Ja, Pflegemessen	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.	
Cornelia Barsch, exam. Krankenschwester, Urotherapeutin, AMEOS Klinikum Halberstadt	nein	nein	Ja, Dozententätigkeit Publicare, Coloplast	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V,.	
Kirsten Unruh, Krankenschwester, Urotherapeutin, Beckenbodentherapeutin nach BeBo® Konzept, Klinikum Itzehoe Klinik für Urologie und Kinderurologie	nein	nein	nein	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.	
Barbara Schilcher, Urotherapeutin, Pflegedienstleitung, Dozentin Pflege	nein	nein	Ja, Dozententätigkeit Wellspect, Fresenius	nein	nein	ehrenamtlich	D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V.	

Anhang F: Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Patienten

Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Patienten

Sehr geehrte Patienten,

unser Ziel ist die Verbesserung der Begleitung von Männern vor und nach radikaler Prostatektomie. Durch diese anonyme Befragung können Sie uns dabei unterstützen. Es werden keine Daten abgerufen, die einen Rückschluss auf Ihre Person ermöglichen. Für Ihre Mithilfe herzlich Dank.

1. Wann wurden Sie operiert?

□ in den letzten 2 Wochen □ vor 4 Wochen □ vor einem halben Jahr □ …….

2. Haben Sie an einem Kontinenztraining vor der Operation teilgenommen?

□ ja □ nein

3. Haben Sie an einer Anschlussheilbehandlung/Rehamaßnahme teilgenommen?

□ ja □ nein □ ist geplant/steht noch aus/unentschlossen

4. Welche Problemstellungen belasten Sie zurzeit besonders? (Es sind mehrere Nennungen möglich)

□ Inkontinenz □ Urin □ Stuhl □ Sexualität □ erektile Dysfunktion

□ andere Problemstellungen: …….

5. Welche Informationen oder Anleitungen haben Sie erhalten? Zu welchem Zeitpunkt?

Informationen über die Diagnose und die unterschiedlichen operativen/alternativen Therapiemöglichkeiten

□ vor der Aufnahme ins Krankenhaus □ bei der Aufnahme ins Krankenhaus □ keine erhalten

Informationen über mögliche Auswirkungen der Operation (Harninkontinenz, erektile Dysfunktion)

□ vor der Aufnahme ins Krankenhaus □ vor der Operation

□ in der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation □ keine

Informationen über das Ernährungs- u. Trinkverhalten, Toilettenverhalten

□ vor der Operation □ nach der Operation □ in der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation □ keine

Informationen über die Anschlussheilbehandlung/die Rehabilitation

□ vor der Operation □ nach der Operation □ keine

Informationen über Selbsthilfegruppen

□ vor der Operation □ nach der Operation □ in der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation □ keine

Anleitungen und Übungen zur Wahrnehmung des Beckenbodens

□ vor der Operation □ nach der Operation □ in der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation □ keine

Informationen zu Kontinenzhilfsmitteln

□ vor der Operation □ nach der Operation □ in der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation □ keine

Informationen zu weiteren unterstützenden Angeboten (Psychologin/Sexualtherapie)

□ vor der Operation □ nach der Operation □ in der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation □ keine

Haben die genannten Informationen und Angebote Sie unterstützt, sich auf die Operation und die nachfolgenden Therapien vorzubereiten?

□ ja □ nein →
Was hat Ihnen gefehlt? **……**

Haben die genannten Informationen und Angebote unterstützt, mit der aktuellen Problemstellung umzugehen?

□ ja □ nein → Was hat Ihnen gefehlt?
……..……

6. Welche Hinweise zur Verbesserung der Unterstützung möchten Sie uns darüber hinaus geben?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

© DACH, AG Leitlinie Prostatektomie, Januar 2024

Anhang G: Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Team

Fragebogen zur Evaluation der Leitlinie: Team

Sehr geehrte KollegInnen, herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen nehmen. Wir möchten gern von Ihnen wissen, wie zufrieden Sie mit der Struktur, den Inhalten, dem Zeitaufwand und Ihren Umsetzungsmöglichkeiten sind und welche Veränderungen Sie vorschlagen möchten.

1. Die Leitlinie ist so aufgebaut, dass nach einer inhaltlichen Beschreibung des jeweiligen Aspektes Empfehlungen aufgeführt wurden

□ Die Struktur hat mir geholfen, mich in der Leitlinie zu orientieren.
□ Die Struktur war nicht hilfreich für mich, weil _____

2. Die inhaltlichen Beschreibungen waren für mich

gut lesbar □ ja □ nein, weil _____
nachvollziehbar □ ja □ nein, weil _____
verständlich □ ja □ nein, weil _____

3. Die folgenden Fragen befassen sich mit den in der Leitlinie dargestellten Empfehlungen. Kernaussagen sind stichwortartig aufgeführt. Stimmen Sie den Empfehlungen zu?

Empfehlung IV:
Die kontinuierliche Begleitung soll bereits präoperativ beginnen.
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.1.1:
Die Begleitung soll mit einem standardisierten, präoperativen Kontinenztraining beginnen.
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.1.2:
Postoperativ sollen drei Kontakte mit standardisierten, aber vor allem am individuellen Bedarf der Betroffenen orientierten Inhalten stattfinden. Der Informationsfluss zwischen den Mitgliedern des Teams wird durch Dokumentation sowie Einbeziehung einzelner Mitglieder des Teams bei Bedarf gewährleistet.
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.1.3:
Die urotherapeutische Begleitung soll in der Rehabilitation in gleicher Weise weitergeführt werden.
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.2.1. b):
Urotherapeutische Begleitung umfasst alle Phasen der Krankheitsbewältigung
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.2.2:
Der Urotherapeut informiert über Grundzüge der Ernährung und spricht Möglichkeiten der Ernährungsanpassung an. Bei aktuellen Problemstellungen im Bereich Ernährungszustand und/oder Mangelernährung stellt er den Kontakt zu einem Experten her.
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.2.7:
Urotherapeuten informieren und beraten Betroffene und Zugehörige über Anforderungen der Hautpflege bei Inkontinenz
□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.2.5:

Urotherapeuten informieren und beraten Betroffene und Zugehörige über zur Hilfsmittelversorgung und die Aufgaben von Home-Care-Unternehmen.

□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.3.2:

Urotherapeuten kooperieren aktiv indirekt und/oder direkt mit Selbsthilfegruppen oder unterstützen eine Gruppengründung.

□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.4:

Urotherapeuten beteiligen sich am Entlassungsmanagement (Fachexpertise, durchgängige Dokumentation, Kooperation im behandelnden Team, Mitarbeit Entwicklung geeigneter Instrumente und Netzwerke).

□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.5:

Urotherapeuten beteiligen sich an der berufsübergreifenden Dokumentation in ihrem Arbeitsfeld. Sie entwickeln für ihren eigenen Arbeitsbereich geeignete Instrumente und evaluieren ihre Tätigkeit.

□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.5.1:

Urotherapeuten entwickeln mit den Betroffenen gemeinsam Fern- und Nahziele ihrer Zusammenarbeit und dokumentieren diese für den Verlauf und die Evaluation des Prozesses

□ ja □ nein, weil _____

Empfehlung V.5.2:

Urotherapeuten nutzen standardisierte Assessmentinstrumente.

□ ja □ nein, weil _____

4. Der Leitlinie sind in den Anhängen klinische Pfade für die prästationäre und die stationäre Begleitung sowie die Überleitung in die nachfolgenden Institutionen eingefügt.

Wie schätzen Sie die dort beschriebenen Inhalte bezogen auf den Unterstützungsbedarf der Männer ein?

□ entsprechen umfassend dem Bedarf

□ entsprechen teilweise dem Bedarf. Es fehlen: _____

□ gehen über den Bedarf hinaus, weil _____

5. Wie schätzen Sie den sich daraus ergebenden Zeitbedarf der Unterstützung ein?

□ angemessen □ zu hoch □ zu niedrig

6. Welche Erfahrungen haben Sie mit der Umsetzung der Leitlinie in Ihrem Arbeitsbereich gemacht?

□ ich konnte die Empfehlungen der Leitlinie vollständig □ / teilweise □ umsetzen

Welche Anteile waren nicht umsetzbar? _____

Was war die Ursache? _____

_____

□ Ich konnte die Empfehlungen der Leitlinie nicht umsetzen, weil _____

_____

7. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für die weitere Entwicklung der Leitlinie. Bitte tragen Sie Ihre Anmerkungen hier ein:

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

© DACH, AG Leitlinie, Januar 2024