

Bakkalaureatsstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Universität Graz

Bakkalaureatsarbeit

Die Prostataerkrankungen

Formen, Diagnostik und pflegerische Aspekte

Begutachterin:

Ao. Univ.-Prof. Dr. phil. Anna Gries

Institut für Physiologie

Lehrveranstaltung:

Physiologie

Eingereicht von:

Schrotter Sabine

Matrikelnummer: 0930250

Eingereicht im:

August 2012

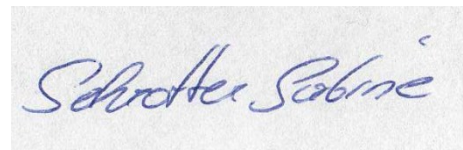
Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 27.08.2012

Schrotter Sabine

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Schrotter Sabine".

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Die Prostata.....	5
2.1 Anatomie.....	5
2.2 Blutversorgung.....	6
3. Formen der Prostataerkrankungen.....	7
4. Prostatitis.....	7
4.1 Diagnostik.....	8
4.2 Therapie.....	9
5. Benignes Prostataadenom.....	9
5.1 Diagnostik.....	11
5.2 Therapie.....	13
6. Prostatakarzinom.....	15
7. Ätiologie.....	16
8. Diagnostik.....	17
9. Therapie.....	18
9.1 Prostatektomie.....	19
10. Pflegerische Aspekte	20
10.1 Komplikationen.....	20
10.2 Aufgaben und Tätigkeiten des Pflegepersonals.....	21
11. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention.....	26
11.1 Verhaltensprävention.....	32
11.2 Verhältnisprävention.....	32
11.3 Primäre, sekundäre, und tertiäre Prävention.....	33
Abbildungsverzeichnis.....	36
Literaturverzeichnis.....	37
Resümee.....	39

1. Einleitung

Die Erkrankungen der „Vorsteherdrüse“ auch Prostata genannt stellen für Männer häufig ein Tabuthema dar. Eines der größten Probleme ist die Überwindung, den Urologen aufzusuchen, eine Vorsorgeuntersuchung durchzuführen um somit eine Erkrankung im Frühstadium zu erkennen.

In dieser Arbeit werden die drei wichtigsten Erkrankungen der Prostata sowie ihre Diagnostiken und Therapien erläutert. Beginnend mit der Entzündung der Prostata, der so genannten Prostatitis, werden weiters das Prostataadenom und das Prostatakarzinom behandelt. Beim Prostataadenom handelt es sich um eine gutartige Vergrößerung der Prostata, im Gegensatz zum Prostatakarzinom, das in einigen Fällen sehr aggressiv verlaufen kann. Es werden die entscheidenden Diagnostikmaßnahmen, zu denen die Kontrolle der PSA-Werte und die digitale - rektale Untersuchung und Biopsien zählen, aufgeschlüsselt. Da das Prostatakarzinom der häufigste maligne Tumor bei Männern ist, wird appelliert, die oben erwähnten Maßnahmen und Methoden durchzuführen.

Bei der Behandlung von Prostataerkrankungen sollte auch ein Augenmerk auf die pflegerischen Aspekte gelegt werden. Deshalb werden die Risiken und Komplikationen beschrieben, die auftreten können, wenn die Prostata radikal entfernt werden muss oder ähnliche operative Eingriffe erforderlich werden. Da das Pflegepersonal eine wichtige Rolle diesbezüglich spielt, sind auch deren Funktionen kurz beschrieben.

Um es aber erst gar nicht so weit kommen zu lassen, werden im letzten Kapitel die Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf Prostataerkrankungen erläutert. Oftmals werden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention fälschlicherweise als Synonym verwendet. Sie unterscheiden sich jedoch wesentlich voneinander. In der Gesundheitsförderung geht es um die Vermehrung der Ressourcen im Gegensatz zur Prävention, die sich mit der Verminderung von Risiken beschäftigt. Die Prävention unterteilt sich zusätzlich in drei Bereiche, die primäre, die sekundäre und die tertiäre Prävention. Dieses Kapitel gibt Aufschluss, wie man sich in diesen Bereichen vor einer Prostataerkrankung sowie auch vor anderen Erkrankungen so gut wie möglich schützen kann.

Forschungsfrage: Gibt es im Alltag Möglichkeiten eine Prostataerkrankung vorzubeugen?

2. Die Prostata

Die Prostata (auch „Vorsteherdrüse“) ist eine akzessorische Geschlechtsdrüse der Männer und für einen Teil der Spermaproduktion zuständig. Sie ist eine exokrine Drüse und besteht aus ca. 30–50 Einzeldrüsen, den so genannten tubuloalveolären Drüsen, deren Ausführungsgänge in der Harnröhre enden. Das Sekret der Prostata wird bei der Ejakulation in die Harnröhre abgegeben und vermischt sich an dieser Stelle mit den Spermien, die im Hoden produziert werden. Die Hauptaufgabe der Vorsteherdrüse ist die Sekretbildung, die mit der Pubertät beginnt, wenn die Geschlechtshormone des Mannes zu wirken beginnen. Des Weiteren wird aus den Epithelzellen der Prostata das prostataspezifische Antigen (PSA) sezerniert, welches einen wichtigen laborchemischen Marker für Erkrankungen der Prostata, insbesondere bei Prostatakrebs darstellt. (vgl. Lippert 2011, S. 444-448)

2.1 Anatomie

Bei den Menschen befindet sich die Prostata kaudal zur Harnblase, sie umgibt die Urethra und füllt dabei den Raum zwischen Membrana perinei und Harnblase. Die Basis der Prostata liegt am Blasengrund und nach hinten liegt sie am Rektum an. Deshalb kann sie vom Enddarm aus mit den Fingern ertastet und beurteilt werden. Sie ist unpaarig angelegt, jedoch spricht man im klinischen Alltag von einem rechten und linken Lappen.

Die Prostata ist ein kastaniengroßes, prall gefülltes Drüsenorgan, das mit Muskelfasern durchzogen ist. Sie wiegt im gesunden Zustand etwa 20–25g mit einer Längsachse von ca. 2,5 cm. Mit zunehmendem Alter steigt das Gewicht meist an und kann bei der benignen Prostatahyperplasie bis zu 300 g erreichen. (vgl. Lippert 2011, S. 444)

Eingeteilt wird die Prostata nach Lowsley (1952) in fünf Lappen: Zwei Seitenlappen, einen Vorder-, einen Mittel- und einen Hinterlappen. (vgl. Hautmann 2010, S. 18)

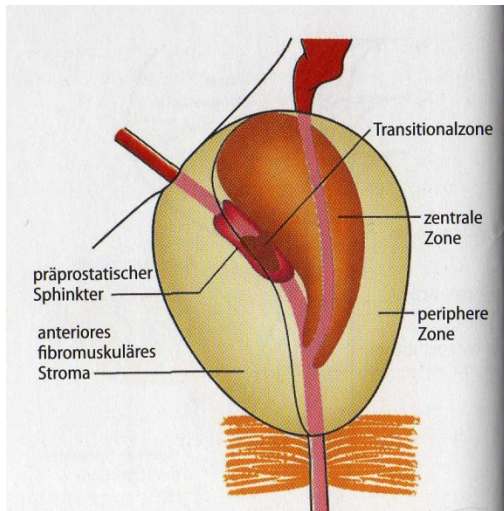


Abb. 1: Einteilung der Prostata nach Mc Neal (Hautmann 2010, S. 18)

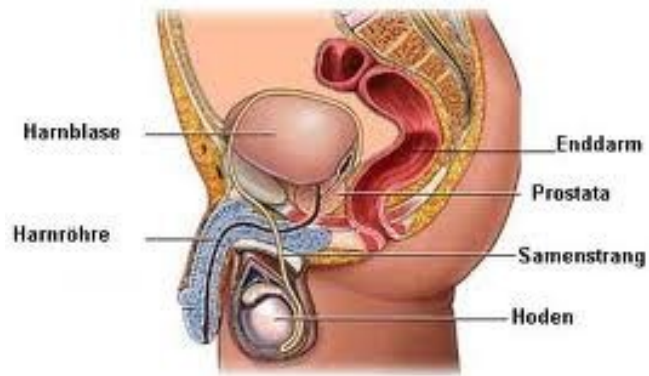


Abb. 2: Anatomie der Prostata (Lippert 2011, S. 447)

2.2 Blutversorgung

Die Äste der Aa. vesicalis inferiores, pudendae internae sowie rectales mediae versorgen die Prostata arteriell und die prostatistischen Venen der tiefen V. dorsalis penis sowie die Venae iliacae internae venös.

„Die Prostata zeigt ein ausgedehntes Geflecht direkt aus dem gemischten Plexus pelvici und dem Plexus vesicales entstammender sympathischer und parasympathischer Nerven, deren Perineuralscheiden als Infiltrationsbahnen beim Prostatakarzinom von Bedeutung sind.“ (Hautmann 2010, S. 19)

Der Lymphabfluss der Prostata erfolgt über die sakralen, vesikalen, externen iliakalen sowie internen iliakalen und obturatorischen Lymphknoten. (vgl. Hautmann 2010, S. 19)

3. Formen der Prostataerkrankungen

In diesem Kapitel werden die Arten der Prostataerkrankungen näher beschrieben. Es werden die drei wichtigsten Krankheiten sowie die dazugehörige Diagnostik und Therapie erläutert. Zu den Entzündungen der Prostata zählt die Prostatitis, die akut und chronisch verlaufen kann. Weiters spricht man von einer so genannten gutartigen Prostatavergrößerung, der benignen Prostatahyperplasie (BPH), die in etwa 50 % der über 50-jährigen Männer betrifft. Den häufigsten malignen Tumor des Mannes stellt die dritte und letzte Erkrankung der Vorsteherdrüse dar, das Prostatakarzinom.

4. Prostatitis

Die Prostatitis ist eine Entzündung der Prostata, die verschiedene Ursachen haben kann. Dies können einerseits Bakterien sein, die aus dem Blut oder über die Harnröhre direkt in die Prostata gelangen und somit eine bakterielle Prostatitis verursachen. Andererseits spricht man von einer abakteriellen Prostatitis, wenn die Infektion der Prostata mit so genannten atypischen Bakterien (Mycoplasmen, Chlamydien, Ureaplasmen) erfolgt.

Eine Prostatitis kann mit Fieber, Schüttelfrost, häufigem und/oder schmerzhaftem Harndrang, krampfartigen Unterbauchschmerzen und Schmerzen im unteren Wirbelsäulenbereich und in der Lendenregion einhergehen. Die chronische Prostatitis weist im Allgemeinen die gleichen Symptome auf, nur sind diese weniger stark ausgeprägt und das Fieber fehlt. (vgl. Jung 2007, S. 79ff)

Die Prostatitis wird in verschiedene Klassifikationen eingeteilt. Die heute am häufigsten angewandte Einteilung ist die fünfkategorische Klassifikation des amerikanischen National Institute of Health (NIH), 1998.

Die erste Kategorie bezeichnet die akute bakterielle Prostatitis, wobei es sich um gramnegative Enterobakterien, vor allem vom Typ E. coli handelt. Eine bakterielle Entzündung entspricht einer Harnwegsinfektion. Bei einer akuten Prostatitis oder einem Prostataabszess treten Fieber, Abgeschlagenheit, perineale und suprapubische Schmerzen, imperativer Harn-drang sowie erschwerte und schmerzhaft Miktion auf, die in seltenen Fällen bis zu einem Harnverhalt führen können.

Die zweite Kategorie stellt die chronisch-bakterielle Prostatitis dar. Diese Erkrankung erfordert im ersten Schritt den Ausschluss einer Harnwegsinfektion, der mit einer Vierglasprobe durchgeführt wird. Analysiert werden Urin, Mittelstrahlurin, Prostatasekret und Exprimaturin. Oft sind die Ursachen der chronisch-bakteriellen Entzündung rezidivierende Harnwegsinfekte. Die Beschwerden sind weniger spezifisch als Darmbeschwerden, Blasenreizung und Miktionsbeschwerden ohne Fieber. Die chronische Prostatitis oder auch das Chronische Schmerzsyndrom des Beckens stellt die dritte Kategorie dar, darunter fallen die abakterielle Prostatitis und die Prostatodynie. Die vierte Kategorie unterteilt sich in zwei Bereiche, in das entzündliche und das nicht entzündliche chronische Schmerzsyndrom des Beckens. Beim entzündlichen ist eine erhöhte Anzahl von Leukozyten im Prostataexprimat, Exprimatharn und/oder im Ejakulat nachweisbar, beim nicht entzündlichen hingegen nicht. Die letzte Kategorie wird als asymptomatische inflammatorische Prostatitis bezeichnet und weist keine Symptome auf. Ein Nachweis kann in einer Prostatabiopsie gestellt werden, ebenso ist die Leukozytenanzahl im Prostataexprimat, Exprimatharn und/oder im Ejakulat erhöht. Bei dieser Entzündung handelt es sich oft um einen Zufallsbefund, der aus Biopsien oder Prostataresektaten hervorgeht. (vgl. Hautmann 2010, S. 163-165)

4.1 Diagnostik

Bei der Diagnose der akuten bakteriellen Entzündung gibt es kaum Schwierigkeiten. Sie stützt sich auf die charakteristischen Symptome, auf die Inspektion und rektale Palpation durch den Arzt, der durch das Betasten der Prostata vom Enddarm aus feststellen kann, ob die Drüse und die Nebenhoden sehr druck- und schmerzempfindlich sind. Eine der wichtigsten Untersuchungen ist die Harnkultur, die Testung des Urins auf Krankheitserreger und Entzündungszeichen. Des Weiteren können noch eine transrektale oder transvesikale Dopplersonographie des Hodens und Nebenhodens durchgeführt werden.

Die chronische Prostatitis erfordert den Ausschluss einer Harnwegsinfektion, der mit der zuvor erwähnten Vierglasprobe durchgeführt wird, wobei Urin, Mittelstrahlurin, Prostatasekret und Exprimaturin analysiert werden. (vgl. Hautmann 2010, S. 165)

4.2 Therapie

Ziel jeder Therapie ist die Linderung der Schmerzen und die Klärung, ob eine entzündliche oder eine nicht entzündliche Prostatitis vorliegt.

Mittel der Wahl bei bakteriellen Entzündungen ist die Bettruhe, das Anlegen eines Suspensoriums und das Kühlen des Skrotalbereichs. Medikamentös ist die Gabe von Antibiotika vorgesehen, wobei in der Regel eine zehn Tage dauernde Therapie ausreichend ist. Wichtig ist, dass das Antibiotikum zu Ende genommen und nicht beim Nachlassen der Schmerzen abgesetzt wird, da es sonst zu einem Rückfall kommen kann. Die Therapie kann auch stationär erfolgen, wobei das Antibiotikum intravenös verabreicht und dann für weitere vier Wochen oral weitergenommen wird, um einer chronischen Prostatitis vorzubeugen. Kommt es zu einem Harnverhalt, wird vorübergehend ein suprabubischer Katheter angelegt. (vgl. Hautmann 2010, S. 165)

Die antibakterielle Therapie erweist sich als wesentlich schwieriger. Therapieoption der Wahl ist die Langzeittherapie mit Cotrimoxazol. Spricht die Therapie nicht an, erfolgt eine symptomorientierte Chemotherapie, in Einzelfällen kann man auch lokal Antibiotika infiltrieren. Eine weitere Option wäre die transurethrale Resektion der Prostata. (vgl. Hautmann 2010, S. 166)

5. Benignes Prostatsyndrom

Das benigne Prostatasyndrom ist die häufigste Erkrankung des älteren Mannes und kann als Volkskrankheit bezeichnet werden. Es sind etwa drei Viertel der Männer davon betroffen. Um das 40. Lebensjahr beginnt sich die Prostata umzustrukturieren, wobei sich die Transitionalzone verdickt und sich die peripheren Zonen zurückbilden. (vgl. Djavan 2007, S. 96)

Die Vergrößerung der Prostata wird Prostataadenom oder Fibroadenomyomatose der Prostata genannt. Es ist eine gutartige Geschwulst, das heißt sie siedelt keine Metastasen ab und wächst nicht in andere Organe ein. (vgl. Sökeland et al 2008, S. 312)

Die Symptome unterteilen sich in obstruktive und irritative Miktionsbeschwerden. Zu den obstruktiven zählen die Harnstrahlabschwächung, Verzögerung des Miktionsbeginns,

Verlängerung der Miktionszeit, Nachträufeln und Restharngefühl. Pollakisurie (häufiges Wasserlassen), Nykturie (nächtliches Wasserlassen) und Dysurie (schmerzhafte Miktion) gehören zu den irritativen Symptomen. Die ersten Beschwerden treten oft erst nach vielen Jahren auf. Hierbei ist nicht die Größe der Geschwülste ausschlaggebend, sondern die Richtung, in welche die Geschwulst wächst. Schon eine kleine Geschwulst kann erhebliche Probleme verursachen, wenn sie die Harnröhre einengt. (vgl. Hautmann 2010, S. 179)

Dennoch kann ein Prostataadenom Gefahren mit sich bringen. Durch die vergrößerte Prostata kann der Harnabfluss massiv behindert werden, somit wird die Harnblase nicht mehr vollständig entleert und es kommt zu einer Restharnansammlung in der Blase, in der sich Bakterien ansiedeln. Diese Bakterien verursachen ständige Harnblaseninfektionen, und können über die Harnleiter in das Nierenbecken aufsteigen und eine Pyelonephritis verursachen. Das kann eine eitrige Nierenentzündung bis hin zu einer Blutvergiftung (Sepsis) zur Folge haben.

Das benigne Prostatasyndrom wird in drei Stadien gegliedert.

Stadium 1: Reizstadium: Der Harnabfluss ist beeinträchtigt, die Patienten müssen nachts urinieren und verspüren öfter einen Harndrang, aber es bleibt kein Restharn in der Blase.

Stadium 2: Kompensierte Harnretention: In diesem Stadium kommt es zu einer Restharnbildung. Die Patienten verspüren kurz nach dem Wasserlassen einen erneuten Drang, die Harnblase zu entleeren. Die Abstände zwischen den Entleerungen werden immer kürzer. Die Harnblasenmuskulatur muss eine gewisse Kraft anwenden, um den Harn durch die Harnröhre zu pressen, somit verstärkt sich die Wand der Blase und das Fassungsvermögen nimmt ab.

Stadium 3: Dekompensierte Harnretention: Im Gegensatz zum Stadium zwei, in dem die Restharnmenge etwa 150 ml beträgt und somit den Abfluss des Harns vom Nierenbecken über die Harnleiter durch die Ostien in die Blase nicht beeinträchtigt, kommt es in diesem Stadium zu einer Überforderung der Harnblase. Der Harn staut sich in den Harnleitern bis zum Nierenbecken zurück und verursacht eine zunehmende Nierenschädigung. (vgl. Lippert 2011, S. 446)

5.1 Diagnostik

Gemäß der möglichen Ursachen einer infravesikalen Obstruktion müssen durch die zur Verfügung stehenden diagnostischen Maßnahmen andere urologische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Ursachen hierfür sind, BPH (benigne Prostatahyperplasie), Prostatakarzinom, Prostatitis, Malignome im kleinen Becken, Harnröhrenveränderungen, neurogene Veränderungen usw.

Es wird zwischen einer Basisdiagnostik und einer speziellen Diagnostik unterschieden. Die Basisdiagnostik umfasst die Anamnese des Patienten sowie die genaue Erhebung der Miktionsgewohnheiten, welche mit einem standardisierten Fragebogen wie dem International Prostate Symptom Score (IPSS) ergänzt werden. Der IPSS ist ein Fragebogen, in dem 35 Punkte erreicht werden können und durch den die Patienten in 3 Gruppen eingeteilt werden, in die Gruppe der milden Symptome, der mittelschweren und der schweren Symptomatik. Fragen zu Inkontinenz, Voroperationen, ausführliche Medikamenteneinnahme, Harnwegsinfektionen, Nykturie und Hämaturie sollten in dieser Befragung ebenfalls erfasst werden.

Weitere diagnostische Maßnahmen beinhalten die körperlichen Untersuchungen, speziell die digitale- rektale Untersuchung (DRU), die vom behandelten Arzt am stehenden, nach vorne gebeugten Patienten durchgeführt wird. Mittels dieser Untersuchung können die Größe und die Beschaffenheit der Prostata sowie der Sphinkter untersucht werden. Auch das äußere Genitale sollte mit untersucht werden, um eine Meatusstenose auszuschließen.

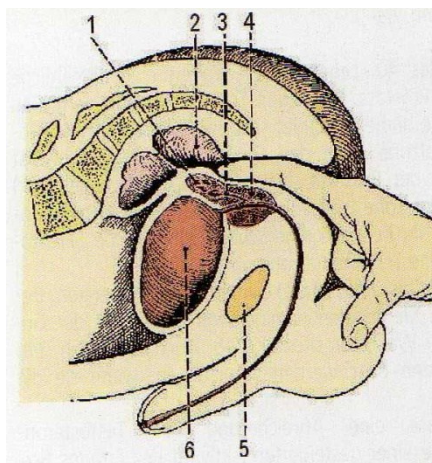


Abb. 3: Palpation der Prostata vom Rektum aus.

1. Glandula vesiculosa
2. Rektum
3. Ductus
4. Prostata
5. Symphyse
6. Vesica urinaria

Die Urinuntersuchung ist ein einfaches und kostengünstiges Verfahren, das einen Harnwegsinfekt und eine Mikrohämaturie ausschließt. Dazu zählen der Combur-Test, der die chemische Beschaffenheit des Urins, den Serum-, Kreatinin- und Harnstoffgehalt bestimmt.

Die spezielle Diagnostik beinhaltet die Uroflowmetrie, Ultraschalluntersuchung, Restharmessung, Urodynamik, Urethrozythoskopie und die radiologische Bildgebung. Die funktionellen Verhältnisse bei einer Blasenentleerungsstörung werden durch bestimmte Messtechniken erfasst und bewertet. Die Uroflowmetrie gibt einen Aufschluss über die Stärke des Harnstrahls, der mit einem Gerät während der Miktion gemessen und beurteilt wird, während die Urodynamik den Blasendruck misst. Vervollständigt wird die Diagnostik durch die Bestimmung des PSA-Wertes (prostataspezifischen Antigens) zusammen mit der zuvor erwähnten digitalen-rektalen Palpation. Diese Untersuchungen bilden die Eckpfeiler der Früherkennung. Die Ultraschalluntersuchung ist eine sehr einfache und völlig schmerzfreie Untersuchung, welche entweder transabdominal oder transrektal durchgeführt wird und in welcher Abflussstörungen, Nierensteine und Nierentumore ausgeschlossen werden können. Ebenso kann der Restharn bestimmt, die Blasenwand beurteilt und die Prostata kann mit einem transrektalen Ultraschall erfasst werden. Bei der Restharmessung werden zwei

Methoden herangezogen. Zum einen die sonographische Messung des Restharns und zum anderen der Einmalkatheterismus. Letztlich stellt das Standardverfahren zur Auswahl der richtigen Therapie die Urethrozythoskopie dar. Sie gibt durch die direkte Spiegelung der bulbären bzw. prostatistischen Harnröhre, des Blasenhalses und der Harnblase Aufschluss über die tatsächlichen Gegebenheiten. Zusätzlich kann zu dieser Technik noch eine Harnzytologie entnommen werden. Bildgebende Verfahren werden als Zusatzinformationen verwendet, wie z.B. bei einer vorliegenden Hämaturie, um einen Tumor des oberen Harntraktes auszuschließen. (vgl. Hautmann 2010, S. 180-183)

5.2 Therapie

Die gutartigen Prostatavergrößerungen können konservativ oder durch Medikamente behandelt werden. Möglichkeiten zur Behandlung sind die Laser- oder Wärmebehandlung des Prostatagewebes, die Ausschälung der Prostata durch die Harnröhre, der transurethralen Resektion der Prostata (TUR-P) oder die Ausschälung mittels Schnittoperation (Prostataadenektomie).

Eine konservative Therapie setzt sich aus der watch and wait Therapie, der Phytotherapie, der antiadrenergen und der antihormonellen Therapie zusammen. Während man bei der ersten Form genaue Kontrollen und Beobachtungen vornimmt, setzt man bei der Phytotherapie entzündungshemmende Pflanzenextrakte wie Brennnesselwurzel, Kürbissamen- und Sägepalmenfrüchte ein.

Absolute Indikationen für eine operative Therapie sind ein rezidivierender Harnverhalt, Hämaturie und Harnwegsinfektionen sowie beginnende Niereninsuffizienz und die Bildung von Blasensteinen.

Die Abtragung der Prostata durch Hochfrequenzstrom wird im klinischen Bereich als transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) bezeichnet. Die Hyperplasie wird über ein Resektoskop mit einer HF-Schlinge unter Sicht ausgeschält. Dabei stellt die Prostatakapsel die Resektionsgrenze dar. (vgl. Liehn, Middelanis- Neumann et al 2007, S. 432)

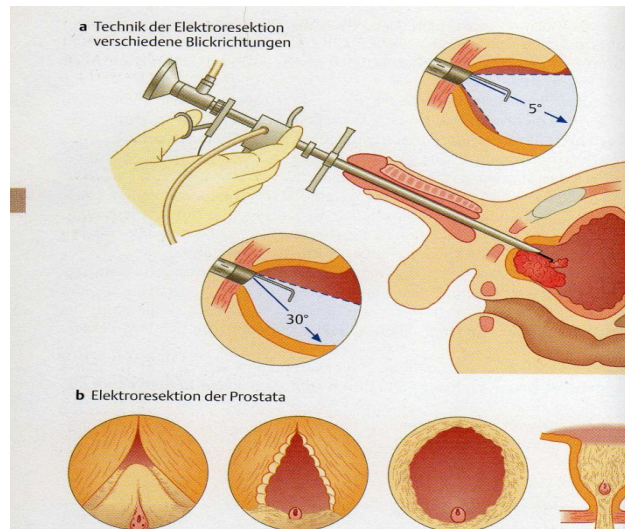


Abb. 4: Elektroresektion der Prostata, a. TUR-P, b. Markierung der Resektionsgrenze
(Sökeland 2008, S. 320)

Ein weiteres Operationsverfahren ist die offene Adenomenukleation (transvesikale Prostat-ektomie nach Freyer). Es handelt sich um eine offene Operation mit einem Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel am Unterbauch. Die Blase wird dargestellt und die Blasenwand quer eröffnet. Danach erfolgt die digitale Ausschälung des Adenoms mit dem Zeigefinger. Ist das Drüsengewebe ringsum gelöst, hängt es lediglich noch an der Harnröhre. Diese wird vorsichtig unter Schonung des Schließmuskels abgetrennt. Danach folgt die Blutstillung durch kräftige Nähte und Einlegen eines Tamponadenballonkatheters. Nach einem zweischichtigen Blasenverschluss wird ein prävesikales Drain eingelegt und die Haut verschlossen. (vgl. Liehn, Middelanis- Neumann et al 2007, S. 434)

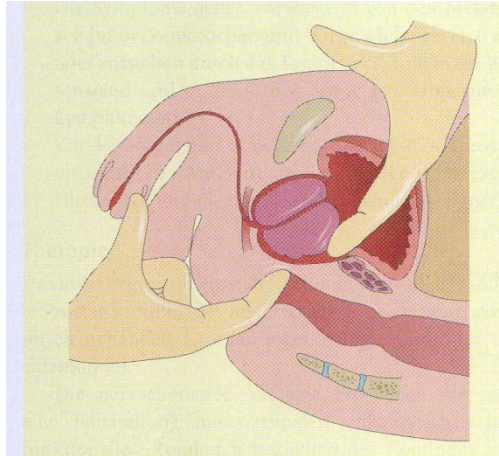


Abb. 5: Digitale Enukleation eines Prostataadenoms nach Feyer (Liehn, Middelanis-Neumann et al 2007, S. 435)

6. Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist das häufigste Urogenitalkarzinom des Mannes und ein so genanntes „Alterskarzinom“. Zudem ist es die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Das Prostatakarzinom ist eine zwar langsam, aber kontinuierlich fortschreitende Erkrankung. Der Zeitraum von der ersten Krebszelle bis hin zum metastasierenden Karzinom kann viele Jahre oder sogar Jahrzehnte betragen. Im Gegensatz zum Prostataadenom geht der Krebs der Vorsteherdrüse meist von der Außenzone aus und ist androgenabhängig. Dennoch stirbt nur jeder dritte oder vierte an Prostatakrebs erkrankte Patient auch an diesem Krebs.

Das Prostatakarzinom des alten Mannes wächst langsam und verläuft friedlich, wobei das Karzinom bei jüngeren Männern sehr aggressiv und lebensbedrohlich verlaufen kann.

Symptome und Beschwerden treten erst sehr spät auf und sind ähnlich dem Prostataadenom. Kommt es zu Knochenschmerzen, sind das meist erste Anzeichen von Metastasen in den Knochen des Beckens und der Wirbelsäule. (vgl. Hautmann 2010, S. 193f)

7. Ätiologie

Wie bei den meisten Krebsarten sind die genauen Ursachen des Prostatakarzinoms weitestgehend unbekannt. Es sind aber einige Risikofaktoren bekannt, die die Wahrscheinlichkeit zu erkranken erhöhen. Zu diesen Risikofaktoren zählen:

- Testosteron
- Alter
- Familiäre Vorbelastung
- Ernährung und Umwelt

Testosteron

Das Vorhandensein des männlichen Geschlechtshormons Testosteron ist eine der Grundvoraussetzungen für die Entstehung von Prostatakrebs. Es zeigt sich, dass es zu keinem Karzinom kommt, wenn eine Kastration vor der Pubertät vorgenommen wurde.

Alter

Prostatakrebs ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters und wird vor dem 45. Lebensjahr nur selten beobachtet. Mit zunehmendem Alter wird Prostatakrebs jedoch immer häufiger. Man könnte sagen, dass jeder Mann Prostatakrebs bekäme, wenn er nur alt genug würde.

Familiäre Vorbelastung

Hat ein Verwandter ersten oder zweiten Grades ein manifestes Karzinom der Prostata, so ist das Risiko zwei- bis dreimal höher auch an Prostatakarzinom zu erkranken.

Ernährung und Umwelt

Der Einfluss von Ernährung und Umwelt auf die Entstehung von Prostatakrebs ist noch nicht gänzlich geklärt und wird derzeit intensiv untersucht. Epidemiologische Beobachtungen lassen jedoch einen sehr großen Einfluss vermuten. Die Häufigkeit von Prostatakrebs unterliegt großen geographischen Schwankungen, Afroamerikaner haben z.B. weltweit die höchste Inzidenz, während Männer aus Südostasien wie Japaner und Chinesen nur selten erkranken. Würden nun aber Japaner oder Chinesen in die USA auswandern, dann gliche sich das Erkrankungsrisiko sehr rasch, nämlich innerhalb einer Generation an die jeweilige Risikolage des Ziellandes an. Auch innerhalb von Europa bestehen große Unterschiede in der

Erkrankungsrate. Während in Bulgarien, Italien und Griechenland Prostatakrebs eher selten auftritt, hat Schweden die mit Abstand höchste Rate an Erkrankungen. Österreich und Deutschland liegen im oberen Mittelfeld. Man vermutet, dass tierische Fette (Fleisch, Milch, Milchprodukte) das Erkrankungsrisiko erhöhen, wohingegen pflanzliche Nahrungsmittel und Fisch das Risiko senken. Somit kann gesagt werden, dass tierische Fette schaden und pflanzliche Nahrung und Fisch „schützen“ können. (vgl. Jocham, Miller 2007, S. 131-140)

8. Diagnostik

Da das Prostatakarzinom in den meisten Fällen asymptomatisch verläuft, sind die diagnostischen Verfahren von besonderer Bedeutung. Zu diesen zählen in erster Linie die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Wertes), die rektale Untersuchung und die Stanzbiopsien, sowie die transrektalen Sonographien, Computertomographie (CT) und Magnetresonanz (MR).

Das PSA ist der wichtigste Parameter zur Früherkennung des Prostatakarzinoms. Bei der Untersuchung der PSA-Werte handelt es sich um eine Blutuntersuchung, die einer normalen Blutabnahme gleicht. Das Enzym PSA ist für die Verflüssigung des koagulierten Ejakulates zuständig und kann bei einer Erhöhung auf eine BPH (benigne Prostahyperplasie), eine Prostatitis oder auf ein Prostatakarzinom hinweisen. Die Werte sind je nach Alter der Patienten unterschiedlich und gliedern sich in drei Gruppen. Für Männer im Alter bis zu dem 40. Lebensjahr ist der PSA-Wert von 2,0 ng/ml im Normbereich, bei Männern bis 50 liegt der Wert bei 3,5 ng/ml und steigert sich auf 4,5 ng/ml bei einem Alter von 60 Jahren aufwärts. Diese Serumwerte sind aber von verschiedenen Faktoren abhängig. So haben das Alter, die Rasse und die Größe der Prostata einen großen Einfluss auf diesen Wert. Ist dieser Wert erhöht, kann man nicht immer von einem Karzinom ausgehen, da es bei einer akuten oder chronischen Prostatentzündung, bei einer BPH, bei Prostatamassagen oder nach einer Stanzbiopsie ebenfalls zu einer Serumwerterhöhung kommen kann. Die spezielle PSA-Untersuchung setzt drei Bestimmungen über 18 Monate voraus. Der PSA-Wert bei Männern ohne BPH darf um 0,04 ng/ml im Jahr steigen. Liegt eine BPH im Alter zwischen 60 und 85 Jahren vor, darf der Wert um 0,07- 0,27 ng/ml im Jahr steigen. Kommt es zu einem Anstieg von mehr als 0,75 ng/ml im Jahr im PSA-Bereich von 4–10 ng/ml, ist die Wahrscheinlichkeit eines Prostatakarzinoms hoch. (vgl. Schmelz, Sparwasser et al 2009, S. 235 – 237; Jocham, Miller 2007, S. 141ff)

Ein weiteres wichtiges Diagnoseverfahren stellt die digitale-rektale Untersuchung dar (DRU), bei der je nach Erfahrungsstand des Untersuchers bis zu 50 % der Prostatakarzinome nachgewiesen werden können. Diese Untersuchung sollte bei keinem urologischen Status fehlen. Bei diesem Verfahren handelt es sich um eine körperliche Untersuchung, wobei die Prostata über das Rektum abgetastet und beurteilt wird. Die Beurteilung beinhaltet die Begrenzung der Prostata. Gibt es keine klaren Grenzen, kann man von einer Infiltration ausgehen. Weiters werden die Konsistenz, die Größe und die Oberflächenbeschaffenheit beurteilt. Eine Faustregel besagt, dass ein Prostataadenom die Konsistenz eines Handballens bei überstreckten Fingern hat und ein Prostatakarzinom die Konsistenz eines Fingerknöchels bei Faustschluss. Da sich die meisten Karzinome im peripheren, dorsalen Anteil der Prostata entwickeln, können sie sehr oft vom Rektum aus getastet werden. Aufgrund des zuvor erwähnten Serumwertes PSA sind die tastbaren Karzinome stark zurückgegangen und werden weit früher erkannt. (Schulze, Sparwasser et al 2009, S. 235; Djavan 2007, S. 107)

Eine Indikation zur transrektal-sonographisch gesteuerten Stanzbiopsie besteht bei Männern mit einem positiven Tastbefund und/oder einem erhöhten PSA-Wert. (vgl. Jocham, Miller 2007, S. 144)

Den Standard stellt die ambulant gesteuerte Mehrfachbiopsie der Prostata dar, der TRUS (Transrektaler Ultraschall der Prostata) genannt. Es wird eine so genannte Sextantenbiopsie parasagittal aus Basis, Mittelzone und apikaler Region durchgeführt und diese kann gegebenenfalls auf zentrale, laterale, gezielte oder Wiederholungsbiopsien erweitert werden. (vgl. Gasser 2011, S. 102)

CT und MR werden zur Darstellung eines Kapselbruches, eines Samenblasenbefalls oder zur Darstellung pelviner Lymphknoten angewandt. Bei beiden Verfahren steht meist ein Prostatakarzinom fest und sie werden zur Stadieneinteilung herangezogen. (Schmelz, Sparwasser et al 2009, S. 238)

9. Therapie

Die Art der Behandlung eines Prostatakarzinoms richtet sich nach der Größe und Ausdehnung der Geschwulst sowie nach dem Alter und dem Allgemeinzustand der Patienten. Ziel der Therapie ist es, die adäquate Therapie des Tumors und die Lebensqualität des Patienten zu sichern. Weiters müssen in die Therapieentscheidung Faktoren wie die Überlebenserwartung, das Tumorstadium und der Differenzierungsgrad miteinbezogen werden.

In Betracht kommen die medikamentöse/operative Absenkung des männlichen Geschlechtshormonspiegels, die Strahlen- und/oder Chemotherapie (Zytostatikabehandlung) sowie die operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie), die im Anschluss genauer erläutert wird.

Die Therapieformen lassen sich in drei Gruppen unterteilen: Erstens in die kurative Therapie, welche die radikale Prostatektomie und die Strahlentherapie einschließt, zweitens in die palliative Therapieform mit der Hormon- und Chemotherapie, sowie den supportiven Maßnahmen und dem Watchful Waiting, in der es um vorläufiges Beobachten und spätere Hormontherapie geht. Und drittens in die experimentelle Therapieform, die sich durch die Kryotherapie der HIFU (high intensity focused ultrasound) und die alternativ-medizinischen Therapieformen ohne Wirkungsnachweis ergeben. (vgl. Krause et al 2011, S. 370f)

9.1 Radikale Prostatektomie

Eine Indikation zur radikalen Prostatektomie (RPE) besteht, wenn das Karzinom auf die Prostata begrenzt ist, wenn keine Lymphknoten befallen sind, und die Überlebenszeit in etwa elf Jahre beträgt. Ziel dieser Operation ist es, die ganze Prostata mit ihrer Kapsel, den anliegenden Samenbläschen und den örtlichen Lymphknoten zu entfernen. Durch diese Operation kann es zu einer vollständigen Heilung kommen. Die Operation wird in Vollnarkose durchgeführt und der Zugang erfolgt über die mediane Unterbauchlaparotomie. Prinzip dieser Operation ist die Entfernung der pelvinen Lymphknoten. Liegt ein niedriger PSA-Wert vor, kann darauf verzichtet werden. Anschließend wird die Prostata freipräpariert und mit den Samenblasen durch Absetzen des Ductus deferens entfernt. Danach erfolgt die Anastomosierung des Blasenhalses mit der Harnröhre. Zum Schluss wird ein Harnkatheter der

Größe Charr 22 eingelegt sowie ein Drain und es folgt ein schichtweiser Hautverschluss. (vgl. Liehn, Middelani- Neumann et al 2007, S. 236-238)

10. Pflegerische Aspekte

Unter dem Begriff pflegerische Aspekte werden in dieser Arbeit pflegerische Handlungen aufgrund der Risiken und Komplikationen nach operativen Eingriffen beschrieben. Weiters werden die Tätigkeiten und Aufgaben in Bezug auf das Pflegepersonal erläutert, um eine optimale pflegerische Behandlung dieser Patienten zu erreichen.

10.1 Komplikationen

Während der letzten Jahre sind die Komplikations- und Nebenwirkungsraten nach Prostataoperationen deutlich zurückgegangen, trotzdem gibt es eine Reihe von Nebenwirkungen, die bei den Operationen der Prostata typisch sind. Dies sind:

- vorübergehender ungewollter Harnverlust nach der Operation (Belastungsinkontinenz)
- Störungen der Potenz (erektiler Dysfunktion)
- Zeugungsunfähigkeit
- transfusionspflichtiger Blutverlust
- Verletzungen des Mastdarms
- Blasenhalshernien (Anastomosenstrikturen)

Trotz größter Sorgfalt können Verletzungen von Nachbarorganen (Harnblase, Darm), Blutgefäßen oder Nerven durch Instrumente nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Schwerwiegende Komplikationen (z.B. Bauchfellentzündungen, Darmlähmung, Darmverschluss, größere Blutverluste) können eine Erweiterung des Eingriffes oder einen erneuten operativen Eingriff erfordern. Selten kann es auch infolge einer Darmverletzung zu einem Darmverschluss kommen, der ein vorübergehendes Stoma erfordern kann. Möglich wäre auch ein Harnrückstau in die Niere, der sich meist nach mehreren Tagen von selbst zurückbildet. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die Anastomosennähte undicht

werden, es zu einer Harninkontinenz kommt oder dass es zu einem Bruch der gesamten Bauchnaht kommt. Wundheilungsstörungen (Narben, Entzündungen) sowie Lagerungsschäden an Nerven oder Weichteilen sind eher selten zu beobachten. Trotz aller Sorgfalt kann es aber zu Nachblutungen der Operationsstelle kommen, die ebenfalls durch eine erneute Operation gestillt werden. Im Allgemeinen können immer wieder Allergien und Überempfindlichkeitsreaktionen sowie Thrombosen und Embolien auftreten. In seltenen Fällen kann einige Zeit nach der Operation ein Auftreten einer Engstelle (Striktur) im Bereich der neuen Blasen-/Harnröhrenverbindung festgestellt werden, sodass das Wasserlassen nur noch erschwert oder nicht mehr möglich sein kann. Diese Striktur kann durch einen kleinen Eingriff durch die Harnröhre erweitert werden. (vgl. Mühlen 2010, S. 448-451) Ein spezielles Risiko und möglicherweise wichtige Folge nach der Operation ist der Verlust der spontanen Gliedversteifung (Erektion). Dies stellt eine von den Männern am gefürchtetste Komplikation dar. (vgl. Kamphausen, 2005, S. 390)

Allgemein kann man sagen, dass Patienten postoperativ zu 100 % zeugungsunfähig, zu 50 % impotent und zu 10 % inkontinent sind. (Kamphausen 2005, S. 390)

10.2 Aufgaben und Tätigkeiten des Pflegepersonals

Das Ziel der Pflege des Pflegepersonals ist es, jeden Menschen, der die Hilfe in Anspruch nimmt, in seinen Lebensaktivitäten so zu unterstützen und zu begegnen, dass seine Individualität und Einzigartigkeit erhalten bleibt, bzw. besonders in den Pflegesituationen zum Tragen kommt, seine Würde geachtet und seine Autonomie gefördert wird.

Im Rahmen des Pflegeauftrages

- handeln Pflegepersonen für die betreffende Person und zu ihrem Wohle
- aktivieren, fördern und erhalten sie deren Fähigkeiten
- leiten Pflegende an, beraten, begleiten und ermutigen
- sorgen Sie für eine fördernde Umgebung
- beziehen Sie die Bezugspersonen auf Wunsch des Patienten in die Pflege mit ein
- organisieren Sie die Pflege im Bezugspflegesystem

- halten Pflegepersonen ihr Wissen auf dem fachlich anerkannten Stand
- pflegen die Pflegenden einen partnerschaftlichen Umgang mit anderen Berufsgruppen und Geschäftspartnern ((vgl. Juchli et al 1994, S. 19-29; http://www.lindberg.ch/default.asp?v_item_id=20387, Stand 24.06.2012)

Für den Erfolg einer Operation ist die Zeit nach dem Eingriff von großer Bedeutung, hier spielen die Aufgaben und Tätigkeiten des Pflegepersonals eine wesentliche Rolle.

Zu den vier grundlegenden Aufgaben der Pflegenden zählen die:

1. Förderung der Gesundheit
2. Verhütung von Krankheit
3. Wiederherstellung von Gesundheit
4. Linderung von Leiden

Die Pflege befasst sich ausgewogen mit beiden Bereichen, nämlich Gesundheit bzw. Krankheit. Die Gesundheits- und Krankenpflege bewegt sich auf einem Kontinuum, an deren Polen die Gesundheit und Krankheit stehen und ist somit aufgrund der ethischen Grundregeln des International Council of Nurses (ICN) beiden verpflichtet. Es reicht nicht aus, dass sich die Pflege auf die Bewältigung der Krankheit des Patienten konzentriert. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist sowohl kurativ (Medikamentenverabreichung, Kontrolle der Vitalfunktionen) als auch präventiv (Verhinderung von Hautdefekten bei Bettlägerigkeit, Vermeidung von Lungenentzündungen durch spezielle Lagerungstechniken, Aufklärung über den Sinn der Pflegehandlungen, etc.) um das Ziel der größtmöglichen Gesundheit eines jeden

Patienten erreichen zu können. Somit sind Gesundheitsförderung und Prävention zentrale und selbstverständliche Aufgaben des Pflegeberufes geworden (vgl. Heidecker 2007, S. 45- 55).

„Ohne präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen ist Pflege nicht Pflege“ (Bartholomeyczik 2006).

Nach operativen Eingriffen und Strahlenbehandlung stehen die Betreuung und Behandlung von Komplikationen, wie der Impotenz, einer instabilen Blase, Harninkontinenz und/oder Strikturen usw. im Vordergrund. So früh wie möglich und so spät wie nötig beginnen die Pflegenden mit der Mobilisation der Patienten. Hierbei werden krankengymnastische Übungen angewandt, um das erste Aufstehen aus dem Bett zu gewährleisten. Diese spielen eine besonders wichtige Rolle, da zum einen das Herz-/Kreislaufsystem und zum anderen auch die Darmtätigkeit angeregt wird, was wiederum das zuvor erwähnte Risiko eines Darmverschlusses erheblich senkt. Vor allem aber nach einer TUR-P Operation kann es vorkommen, dass die Patienten unruhig und verwirrt sind, Bewusstseinsstörungen haben sowie aufgrund des niedrigen Pulses und Blutdrucks durch eine blasse kalte Haut gekennzeichnet sind. Diese Symptome können durch das intraoperative Einschwemmen der Spülflüssigkeit, ohne die der Chirurg während der Operation nichts sehen könnte, in den Kreislauf entstehen. Hier gilt es für das Pflegepersonal eine besonders genaue Überwachung zu gewährleisten.

Die pflegerischen Tätigkeiten und Maßnahmen sind die regelmäßige Bewusstseinskontrolle, die Überwachung des Kreislaufes sowie das Achten auf Anzeichen einer Blasenampnade. Diese Anzeichen können gekennzeichnet sein durch starke Unterbauchschmerzen, einen gespannten Unterbauch, eine negative Flüssigkeitsbilanz und durch Blutkoagel in der Spülflüssigkeit. Um dies zu vermeiden wird zusätzlich eine Bilanzierung der Trinkmenge, Infusionstherapie und der Spülflüssigkeit durchgeführt.

Zu den speziellen pflegerischen Aspekten nach einer Prostataoperation gehört die Blasenpülung. Diese erfolgt am OP-Tag mit mindestens 10 Liter 0,9 % Kochsalz- oder Ringerlösung. Es werden 3–5 Liter dieser Flüssigkeit über den Harnkatheter in die Blase eingespült und anschließend über den Katheter wieder abgeleitet. Wichtig ist, dass die Spülflüssigkeit einigermaßen klar ist und dass die Menge der eingespülten Flüssigkeit über den Katheter im Harnsack wieder zu finden ist. Kommt weniger Flüssigkeit heraus, muss man

weitere Maßnahmen ergreifen, um eine Verstopfung des Katheters auszuschließen. Oft kann es bei einer unzureichenden Spülung durch das Pflegepersonal rasch zu einer Koagelbildung in der Blase kommen und somit den Spülkatheter verlegen. Dann droht die Blasentamponade, was heißt, dass der Urin, die Spüllösung und das geronnene Blut nicht mehr abfließen können. Handelt es sich um einen verstopften Katheter, ist das Spülen sofort zu unterlassen und ein Arzt zu verständigen. Häufige Ursache dessen ist die zu geringe Einlaufgeschwindigkeit der Spülflüssigkeit bei steigender Hämaturie.

Kommt die Spülflüssigkeit am 2. bis 3. postoperativen Tage klar aus der Blase, kann die Spülung beendet werden. Nun liegt der Fokus der Pflege darauf, den Patienten zu beobachten, ob reichlich Flüssigkeit (bis zu 3 l/Tag) aufgenommen wird. (vgl. Mühlen et al 2010, S. 451)

Ein weiterer wichtiger pflegerischer Aspekt in der Urologie ist die Katheterpflege. Dadurch wird das Eindringen von Bakterien in die Blase verhindert. Es können keine Erreger in die Blase eindringen, die über die Ostien in die Niere aufsteigen und schwere Infektionen verursachen würden. Die Katheterpflege ist eine sehr einfache, aber effektive Pflege und wird in der Regel mit sterilen Tupfern und Desinfektionsmitteln vom Pflegepersonal durchgeführt.

Auch vor und nach einer Prostatastanziobiopsie ist sorgfältige Pflege notwendig. Es sollte darauf geachtet werden, dass der Patient am Tag der Punktion Stuhl gehabt und einige Tage vor dem Eingriff kein Aspirin, keine Antirheumatika oder andere blutgerinnungshemmende Medikamente zu sich genommen hat, um unnötige Blutungen zu vermeiden. Des Weiteren sollten alle Patienten vorbeugend ein Antibiotikum (meist Quinolon) verabreicht bekommen, das für 3-5 Tage weitergegeben wird. Auch nach dem Eingriff dürfen für mindestens eine Woche keine blutgerinnungshemmenden Medikamente genommen werden, weiters sind heiße Bäder, Radfahren, Reiten, Geschlechtsverkehr und schwere körperliche Tätigkeiten zu unterlassen, da dies das Risiko der Nachblutung erheblich erhöhen kann. Treten unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, Schmerzen oder Fieber auf, ist unverzüglich der Arzt zu verständigen. (<http://www.urologe-zigeuner.at/prostatakrebs>)

Zu den Aufgaben der Pflege zählen auch die Patientenaufklärung und -beratung in Bezug auf das Verhalten in den Wochen nach einer Operation. Zu den Effekten der Aufklärung gehören die Entwicklung einer sinnvollen Pflegebeziehung, die aktive Zusammenarbeit von Patient und Pflegenden und die Autonomie des Patienten. (vgl. Arets et al 1999, S. 231f)

Bei der Beratung sollte darauf hingewiesen werden, dass die Patienten für einen weichen Stuhlgang sorgen um die Bauchpresse beim Stuhlgang so gering wie möglich zu halten. Ebenso sollte für diese Zeit auf Geschlechtsverkehr, Reiten und Fahrradfahren verzichtet werden. Bezüglich des Urins wäre eine Ausscheidung in kürzeren Intervallen, auch nachts anzuraten sowie die Beobachtung des Harnstrahls und das Führen eines Miktionsbuchs.

Eine sehr effektive Methode ist die Beckenbodengymnastik, die den Patienten mehrmals gezeigt und erklärt werden soll um die Inkontinenz, die durch eine solche Operation entstehen kann, in den Griff zu bekommen. (vgl. Kamphausen 2005, S. 389f)

Zusätzlich gibt es noch Pflegeschwerpunkte speziell nach einer radikalen Prostatektomie. Diese umfassen wie schon zuvor erwähnt die Pflege des Dauerkatheters, der je nach Klinik 4-21 Tage verbleibt. Kommt es zu einer versehentlichen Katheterentfernung, ist unmittelbar von der Pflegeperson ein Arzt zu verständigen, da in diesem Fall die Gefahr einer Anastomoseverletzung besteht. Auch bei dieser Art der Operation sind die Anwendung von Darmrohr, Suppositorien und Klistieren in den darauffolgenden Wochen zu unterlassen, da dies ebenso so einer Anastomosenverletzung führen kann.

Kommt es zum angemessenen Zeitpunkt zur Entfernung des Katheters, sind die Patienten auf eine vorübergehende Stressinkontinenz vorzubereiten. Im Vorhinein sollten sie auf die korrekte, regelmäßige Hautpflege und die dafür vorgesehenen Inkontinenzmittel (Einlagen und deren Saugfähigkeit usw.) hingewiesen werden. (vgl. Kamphausen 2005, S. 390f)

Letztlich sind pflegerische Aufgaben, Kommunikation und Beratung auch im Rahmen der psychischen Betreuung bei Impotenz und Inkontinenz erforderlich. Die Einschränkung der Sexualität durch Krankheit oder Therapie erfordert eine frühzeitige sexualmedizinische Beratung. Die Initiative und Ansprache durch den Urologen hat sich bewährt, gleich wie die frühzeitige Gabe von PDE-5-Hemmern (Potenzmittel wie Cialis, Levitra und Viagra), z.B. nach dem Kieler-Modell. (vgl. Schroeder 2007, S. 642)

11. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden oft sehr undifferenziert fälschlicherweise synonym verwendet. Sie sind aber zwei grundlegend verschiedene Strategien. Insbesondere im Praxisbereich des Gesundheitswesens sorgt dies oftmals für Verwirrung. Es wäre besonders wichtig, diese Begriffe zu klären, damit sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention vorangetrieben werden können. Während es bei der Prävention um die Vermeidung und/oder Minimierung von Risiken geht, will die Gesundheitsförderung durch die Erhaltung und Stärkung der Ressourcen das Ziel „Gesundheit“ erreichen. (vgl. Schewior- Popp et al 2009, S.190f)

Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung	Prävention
<ul style="list-style-type: none">• orientiert sich an Gesundheit	<ul style="list-style-type: none">• orientiert sich an Krankheit
<ul style="list-style-type: none">• Fokus auf Ressourcen (Erhaltung)	<ul style="list-style-type: none">• Fokus auf Risiken (Verhütung)
<ul style="list-style-type: none">• Salutogenese	<ul style="list-style-type: none">• Pathogenese
<ul style="list-style-type: none">• Upstream	<ul style="list-style-type: none">• Downstream
<ul style="list-style-type: none">• interdisziplinär	<ul style="list-style-type: none">• medizinische Perspektive dominiert
<ul style="list-style-type: none">• Komplexe soziale Intervention	<ul style="list-style-type: none">• medizinische Intervention
<ul style="list-style-type: none">• Fokus auf „Setting“	<ul style="list-style-type: none">• Fokus auf Individuum
<ul style="list-style-type: none">• MIT Menschen (Partizipation)	<ul style="list-style-type: none">• FÜR Menschen (Konsumation)
<ul style="list-style-type: none">• Geplant und durchgeführt am Betroffenen	<ul style="list-style-type: none">• geplant und durchgeführt von Experten

Gesundheit

Was versteht man nun unter Gesundheit? Nachdem deutlich geworden ist, dass sich Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen solange voneinander unterscheiden, als es unterschiedliche Betrachtungspunkte gibt, wird es möglich, sich der Definition zuzuwenden, die einen Anspruch auf kulturübergreifende Bedeutung hat, der Definition der Weltgesundheitsorganisation.

In der Verfassung der WHO von 1946 heißt es in der Präambel:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“. (Blättner, Waller 2011, S. 29)

Diese Definition lässt sich durch vier Merkmale charakterisieren:

1. Gesundheit ist positiv und nicht einfach die Abwesenheit ihres Gegenteils.
2. Gesundheit ist als Zustand definiert und nicht als Prozess.
3. Gesundheit ist subjektiv definiert als Empfinden, nicht als ein von außen beobachtbares Phänomen.
4. Gesundheit ist mehrdimensional definiert, körperlich, mental, sozial und nicht einfach nur als körperliches Merkmal

Gesundheit wird in dieser Definition utopisch dargestellt, da der Zustand eines umfassenden Wohlbefindens nicht oder kaum erreichbar ist. Wird der Zweck der Definition jedoch genauer hinterfragt, könnte man annehmen, dass dieser unerreichbare Endpunkt durchaus beabsichtigt ist. Es ist die Aufgabe der Regierung den bestmöglichen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu gewähren und diesen Zustand kann man nicht an einem real messbaren Ziel ausrichten, sondern an dem Weg eines nicht erreichbaren Ziels, der Utopie.

Zusammenfassend wird deutlich, dass gesund und Gesundheit ebenso wie krank und Krankheit gesellschaftlich konstruierte Begriffe sind, die nicht unabhängig vom Kontext betrachtet werden können. (Blättner, Waller 2011, S. 39-42)

Auch die Gesundheitsförderung wurde von der WHO wie folgt definiert.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (World Health Organisation, WHO 1986). (Schewior-Popp et al 2009, S. 191)

Kurz zusammengefasst versteht man unter diesem Begriff Maßnahmen, um Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Man kann erkennen, dass sich diese Definition an die Gesamtbevölkerung richtet und somit auf eine große Gruppe abzielt. Das Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung ist das Prinzip der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Der Begriff „Genesis“ bedeutet im Griechischen „Entstehung“, „Ursprung“, das lateinische Wort „salus“ bedeutet „Wohlbefinden“, „Gesundheit“. Salutogenese lässt sich mit „Ursprung der Gesundheit“ oder „Entstehung von Wohlbefinden“ übersetzen. Dieser Begriff beziehungsweise diese Denkweise wurde von Aaron Antonovsky geprägt. Er stellte sich die Frage nach der Genese der Gesundheit und entwickelte daraus das theoretische Modell der Salutogenese (vgl. Blättner, Wallner 2008, S. 13).

Weitere wichtige Faktoren in der Gesundheitsförderung sind die Widerstandsressourcen, die Stressoren und das Kohärenzgefühl (SOC).

Widerstandsressourcen

Widerstandsressourcen sind Einflussfaktoren unterschiedlicher Genese, die das Wohlbefinden beeinflussen, und werden als Stress bezeichnet. Stressoren sind Reize, die potenziell auf das Gesundsein einwirken. In der Sicht von Antonovsky sind sie überall wirkend und lassen sich generell nicht vermeiden. Stressoren können aus der inneren oder äußeren Umgebung kommen, es kann sich um alltägliche Widrigkeiten handeln, sie können akut oder chronisch sein, sie können aufgezwungen oder frei gewählt worden sein. Unser Leben ist stark mit Reizen überflutet, auf die wir keine automatischen, angemessenen adaptiven Antworten haben auf die wir reagieren müssen. Falls nicht Sensoren zerstört worden sind, ist die Botschaft an das Gehirn klar: „Du hast ein Problem.“ (vgl. Blättner, Wallner 2008, S. 17-18)

Kohärenzempfinden (Sense of Coherence – SOC)

Das Empfinden von Kohärenz (Sense of Coherence SOC) umfasst drei Komponenten, die ursächlich auf die folgenden drei Lebenserfahrungen zurückgehen.

Die **Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (meaningfulness)** ist die wichtigste Komponente. Sie geht auf die Lebenserfahrung der Teilhabe zurück. Die Sinnhaftigkeit bezieht sich auf das Ausmaß, in dem ein Leben emotional Sinn macht. Darunter versteht man, dass Probleme und Anforderungen des Lebens für die es sich einzusetzen lohnt, als solche erlebt werden.

Die **Verstehbarkeit (comprehensibility)** ist die zweite Komponente, die nicht durch Information, sondern durch die Erfahrung der Beständigkeit gestärkt wird. Die Verstehbarkeit als das Ausmaß, indem die Reize und Situationen, mit denen man täglich konfrontiert wird, Sinn machen und kognitiv als klare, geordnete Information verstanden werden können. Verstehbarkeit ist die Voraussetzung von Handhabbarkeit und eine kognitive Komponente.

Die **Handhabbarkeit (manageability)**, die durch die Erfahrung entsteht, über Ressourcen verfügen zu können, um den Anforderungen gerecht zu werden, die einem das Leben stellt. Handhabbarkeit meint das Ausmaß, indem man die Anforderungen, die auf einen zukommen, mit den verfügbaren Ressourcen als bewältigbar wahrnimmt. Handhabbarkeit ist die instrumentelle Komponente. (vgl. Blättner, Wallner 2008 S. 18-19).

Alle drei Komponenten ergeben nach Antonovsky den Entscheidungsprozess. Das SOC ist somit eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein Gefühl des Vertrauens hat. Es geht darum, die Stimuli der inneren und äußeren Umgebung erklärbar und vorhersehbar zu machen, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen der Stimuli begegnen zu können und dies als Anforderungen und Herausforderungen zu sehen (vgl. Blättner, Wallner 2008, S.19).

Im nächsten Kapitel wird erläutert, wie Gesundheitsförderung und Prävention bei Prostataerkrankungen speziell beim Prostatakrebs und anderen Krebsarten eingesetzt werden können. Die Gesundheitsförderung setzt bei den Lebensbedingungen des Menschen an. Diese Lebensbedingungen sollen ein positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an körperlicher Be- und Entlastung erlauben. Es sollten die biologischen, seelischen und sozialen Widerstandskräfte und Schutzfaktoren mobilisiert werden. (vgl. Blättner, Wallner 2008, S. 201f). Dies zielt darauf ab, Menschen gesund zu erhalten, sodass gar kein Krebs bzw. keine Erkrankung entstehen kann, und falls dies doch der Fall wäre, dass Menschen durch diese Kräfte schneller genesen können.

Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung oder Vermehrung der Ressourcen kann man nach Noack (1990) in fünf Ebenen unterteilen, um seine Gesundheit zu erhalten. Die physische Umwelt stellt die erste Ebene dar, in der die Schaffung und Erhaltung von Naherholungsgebieten sowie die Schaffung sicherer und zugänglicher Verkehrs- und Kommunikationsmittel gewährt wird. Vor allem die Kommunikation und die Erholung sind wichtige Faktoren in der Krankheitsentstehung. Um sich wohl und gesund zu fühlen, spielt natürlich auf dieser Ebene die Schaffung und Erhaltung einer ausreichenden menschenwürdigen Wohnung eine bedeutende Rolle. Die Ebene der sozialen Umwelt zielt auf die Sicherheitssysteme, die Förderung sozialer Einrichtungen, den Ausbau des kommunalen Bereichs der Bürgerbeteiligung und auf eine gewisse Mitbestimmung in der Arbeitswelt ab. Gesundheitsdienste ergeben die dritte Ebene, wobei es um eine systematische Gesundheitsberatung, den Ausbau der beratenden Dienste und die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen und -gruppen geht. Auf der Ebene der personalen Faktoren stehen an oberster Stelle die Förderung körperlicher Widerstandsressourcen und der Leistungsfähigkeit. Vor allem die Leistungsfähigkeit ist für Männer sehr wichtig. Sie fühlen sich oft nur gesund und wohl, wenn ihr Körper keine Gebrechen aufweist. In der fünften und letzten Ebene werden die Lebensweisen erläutert. Die richtige Nutzung der Gesundheitsdienste, die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und das Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsmuster zählen dazu. (vgl. Blättner, Waller 2011, S. 202-2011)

Prävention

Die Verminderung von Risiken wird Krankheitsprävention oder Prävention genannt, unter diesem Begriff versteht man Maßnahmen, Krankmachendes zu meiden bzw. zu vermeiden umso Gesundheit oder Restgesundheit zu erhalten.

Auch bei der Prävention wird laut Noack (1990) nach denselben fünf Handlungsebenen differenziert. In der physischen Ebene handelt es sich um die Verminderung von Luft-, Boden- und Gewässerverschmutzung, diese Faktoren spielen bei der Entstehung von Krebs, speziell beim Prostatakrebs eine wesentliche Rolle. Ein weiterer Faktor ist die Beseitigung gesundheitsgefährdender Wohnungsbedingungen. Die soziale Ebene beschäftigt sich mit der Beseitigung von Armut, Arbeitslosigkeit, Isolation und Einsamkeit. Diese Faktoren tragen in einem hohen Maß zur Gesundheitserhaltung bei, da jeder Mensch Kontakte und Kommunikation braucht, um sich wohl bzw. gesund zu fühlen. Wesentlich ist auch die Verringerung von gesundheitsschädlichen Arbeitsplätzen. In der dritten Ebene der Gesundheitsdienste steht an oberster Stelle die Vermeidung von unnötigen medizinischen Eingriffen und von Medikamentenmissbrauch. Verringerung körperlicher Risikofaktoren und Linderung körperlicher Störungen und Gebrechen fallen in die Ebene der personalen Faktoren. Vor allem beim Prostatakarzinom ist die fünfte Ebene, die Ebene der Lebensweise von besonderer Bedeutung. Es sollen die gesundheitsriskanten Verhaltensweisen und die risikoreichen Bewältigungsmuster vermieden werden. (vgl. Blättner, Wallner 2011, S. 202-210)

Im Begriff Prävention verbirgt sich das Wort Krankheitsprävention, dieser Begriff wurde auf Prävention verkürzt. Bei der Intervention, die hinter diesem Begriff steht geht, es um die Verhinderung und Abwendung von Risiken für Krankheiten. Es sind Maßnahmen, die dafür geeignet sind, dem Auftreten von Krankheiten vorzubeugen und diese zu verhindern. Die Zielgruppe dieser Krankheitsprävention sind Risikogruppen, Menschen, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, Gesundheitsstörungen, Funktionseinschränkungen und Krankheiten, wie z.B. Prostatakrebs zu bekommen. In der Prävention wird an zwei Punkten angesetzt: am Verhalten und am Verhältnis.

11.1 Verhaltensprävention

Unter dem Begriff Verhaltensprävention versteht man wie schon im Wort enthalten das Verhalten der Menschen in Bezug auf Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Stress. Speziell beim Prostatakrebs sollen hier das Rauchen, Alkohol und die Ernährung positiv beeinflusst werden. Dieses Ziel sollte durch verschiedene Methoden der Gesundheitsaufklärung und-beratung, durch Gesundheitserziehung, und -bildung sowie durch Gesundheitsselbsthilfe erreicht werden. Es ist heute bekannt, dass man durch die Reduktion eiweißreicher und fetthaltiger Kost das Prostatakrebsrisiko senken kann. Wesentlich ist dabei, dass dies durch die zuvor erwähnten Aufklärungen vor einer Erkrankung geschieht. (vgl. Blättner, Wallner 2011, S. 250f) Durch diese Aufklärungen und Beratungen sollen die Menschen Wissen über die Gesundheitsrisiken erwerben, was zu einer positiven Einstellung zur Gesundheit und zu Verhaltensänderungen führt. Ein Ziel wäre z.B. im Falle des Prostatakarzinoms die Ernährung so umzustellen, dass es zu keine Über- und Fehlernährung kommt und somit das Krebsrisiko erheblich gesenkt werden kann. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen)

11.2 Verhältnisprävention

Bei der Verhältnisprävention hingegen sollten die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen so gestaltet werden, dass sie Gesundheitsgefahren verringern. Unter diesen Begriff fallen die soziale Unterstützung, soziale Netzwerke, Wohlstand, regionales Umfeld, Zugang zu Gesundheitsdiensten und zu Freizeiteinrichtungen, da vor allem die Umweltbedingungen wesentliche Faktoren bei Prostataerkrankungen darstellen. (vgl. Schewior-Popp et al 2009, S. 191f; http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen).

Diese Prävention setzt bei gesetzlichen Maßnahmen an, um eine große Zielgruppe zu erreichen, wie z.B. für das Prostatakarzinom erwähnenswert, beim Rauchen. Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen zielen darauf ab, den Zigarettenkonsum einzuschränken und gegebenenfalls durch das Vorbildverhalten einzustellen. Es gibt eine Vielfalt von Maßnahmen wie z.B. die Anschnallpflicht im Auto usw. (vgl. Blättner, Wallner 2011, S. 253ff).

11.3. Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Weiters wird in der Krankheitsprävention je nach Zeitpunkt und Art des Eingriffs von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention gesprochen.

Primäre Prävention

Gesundheitspolitisch setzt die Primärprävention bei der Senkung der Inzidenzrate an, deren Aktivitäten darin bestehen, alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren Schädigung zur Ursachenvermeidung zu erkennen. Sie zielt darauf ab, ein Neuauftreten einer Krankheit zu vermeiden. Die Primärprävention ist auf Gesunde und auf Personen ohne Krankheitssymptome gerichtet. Bezüglich des Prostatakarzinoms wären hier die Bewegungs- und Ernährungstrainings zu erwähnen. Darunter versteht man eine maßvolle ballaststoffreiche Ernährung, Gewichtsreduktion, körperliche Aktivität, Nikotinverzicht und mäßigen Alkoholkonsum. (vgl. Schewior-Popp et al 2009, S. 192f)

Zu den allgemeinen primären Präventionsmaßnahmen zählen die verschiedenen Impfungen wie gegen Masern, Mumps, Röteln usw. aber auch schulische Maßnahmen zur Stressbewältigung und Suchtprävention fallen in diesen Bereich. (vgl. Menche 2009, S. 80f)

Das Zusammenwirken von körperlicher Aktivität und Ernährungsweise ist Ausdruck einer insgesamt gesunden Lebensführung im Sinne einer evidenzbasierten Medizin. Beginnt man schon in frühen Jahren mit regelmäßiger Bewegung, die noch zusätzlich durch eine gemüse- und obstreiche sowie fleisch- und fettarme Ernährung unterstützt wird, erzielt man eine wirksame Prävention für Prostatakrebs, für andere Krebsarten und auch für Herz- und Kreislauferkrankungen. Im Alltag ist es leider sehr schwer, einen solchen Lebensstil aufrechtzuerhalten. Vor allem ohne ständige Anleitung fallen die meisten Menschen wieder in ihren gewohnten Lebensstil zurück. Zu diesem Rückfall trägt auch die Gesellschaft wesentlich bei, da es nicht nur menschlich ist, sondern auch einem sozialen Trend unterliegt, den einfacheren Weg zu gehen, nämlich die Heilung durch Medikamente zu suchen, anstatt durch eigenen aktiven Lebensstil Krankheiten zu vermeiden. (vgl. Fasching et al 2009, S. 700)

Von 27 Studien über das Risiko von Prostatakarzinomen bei körperlich oder sportlich aktiven Männern zeigten 17 Studien eine Risikoreduktion, 4 Studien ein erhöhtes Risiko und 6 Studien keinen Unterschied zwischen aktiven und inaktiven Männern (Sommer et al 2002, S. 202)

Sekundäre Prävention

Ziel der sekundären Prävention aus gesundheitspolitischer Sicht ist die Inzidenzreduktion von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen, dazu zählen alle Maßnahmen zur Entdeckung der klinisch symptomlosen Krankheitsfrühstadien und ihrer erfolgreichen Frühtherapie. Somit setzt diese Prävention am Beginn einer Krankheit an und dient nicht nur der Früherkennung, sondern auch der Eindämmung ihres Fortschreitens sowie der Vermeidung, dass Erkrankungen chronisch werden. Darunter fallen die vielen Screeningangebote im Bereich des Brust- oder Darmkrebses, aber auch Programme, die eine Abhängigkeit von Alkohol, wenn bereits der Kontakt dazu vorhanden ist, verhindern, da Alkohol, wie schon angesprochen, das Prostatakrebsrisiko erhöht. Weiters gehören Programme zur Suchtprävention von Jugendlichen dazu. Ein weiterer besonders wichtiger Punkt ist, speziell im Bereich der Urologie, die Früherkennung des Prostatakarzinoms durch die Bestimmung des PSA-Wertes (Blutabnahme), die ab dem 45. Lebensjahr regelmäßig durchgeführt werden soll. (vgl. Schewior-Popp et al 2009, S. 192) Die sekundäre Prävention der urologischen Tumorerkrankungen ist also ein wesentlicher Bestandteil in der ambulanten Versorgung des niedergelassenen Urologen. Die Schwierigkeiten für Arzt und Patienten bestehen darin, die wenigen und teilweise fraglichen Behandlungsmethoden sinnvoll zu unterscheiden und zu erkennen.

Feste Nachsorgeschemata werden der Anforderung einer individuellen Versorgung Krebskranker in der Praxis nicht gerecht, insbesondere was die Chancen auf ein längeres Überleben betrifft. Die Früherkennung umfasst das Erkennen von Prostatakrebsrezidiven und Metastasen sowie die Behandlung von Komplikationen, diese werden individuell bestimmt und müssen die Lebensqualität verbessern. Hier ist im Rahmen der sekundären Prävention auch die Komplementärmedizin sinnvoll und hilfreich. (vgl. Schroeder 2007, S. 645)

Tertiäre Prävention

Bei der tertiären Prävention geht es um die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit sowie um die Inzidenzreduktion von bleibenden Einbußen. Die Maßnahmen gliedern sich in weite und enge Konzeptionen. Tertiäre Prävention im weiteren Sinn umfasst eine wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung, während spezielle Interventionen zur Vermeidung von Funktionseinbußen (Rehabilitationen) Prävention im engen Sinn darstellt. Ziel ist es, ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität herzustellen beziehungsweise diese zu sichern. (vgl. Schewior-Popp et al 2009, S.192f)

Abbildverzeichnis

Abbildung 1: Einteilung der Prostata nach Mc Neal.....	6
Abbildung 2: Anatomie der Prostata.....	6
Abbildung 3: Palpation der Prostata vom Rektum aus.....	11
Abbildung 4: Elektroresektion der Prostata.....	13
Abbildung 5: Digitale Enukleation eines Prostataadenoms nach Feyer.....	14

Literaturverzeichnis

Arets J., Obex, F., Ortmans, L., Wagner F. (1999) Professionelle Pflege 2, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Hans Huber Verlag, Bern

Blättner, B., Waller, H. (2011) Gesundheitswissenschaft, 5. Auflage. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Djavan, B. (2006) Urologie und Urologische Chirurgie, Facultas Verlag- und Buchhandels AG, Wien

Gasser, T. (2011) Basiswissen Urologie, 14. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Hautmann, R. (2010) Urologie, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Jocham, D., Miller, K. (2007) Praxis der Urologie, 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Juchli, I., Müggler, E. Dudli, M. (1994) Pflege, Praxis und Theorien der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Auflage, Thiemen Verlag, Stuttgart

Jung, C. (2007) Urologie in Fragen und Antworten, 2. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München; Jena

Kamphausen, U. (2005) Klinikleitfaden Chirurgische Pflege, 2. Auflage, Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH, München; Jena

Krause, W., Weidner, W., Sperling, H., Diemer, T. (2011) Andrologie, 4. Auflage, Thieme Verlag KG

Liehn, M, Middelanis-Neumann, I., Steinmüller, L., Döhler, R. (2007) OP-Handbuch, Grundlagen-Instrumentarium OP- Ablauf, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Lippert, H. (2011) Lehrbuch Anatomie, 8. Auflage, Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH, München

Menche, N. (2009) Repetitorium Pflege Heute, 4. Auflage, Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH, München; Jena

Menche, N. (2011) Pflege Heute, 5. Auflage, Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH, München

Mühlen, H., Keller, C. (2010) Pflege konkret, Chirurgie Urologie Orthopädie, 3. Auflage, Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH, München

Schewior-Popp, S., Stizmann, F., Ullrich L. (2009) Thiemes Pflege, Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, 11. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart

Schmelz, H., Sparwasser, C., Weidner, W. (2009) Facharztwissen Urologie, Differenzierte Diagnostik und Therapie, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Sökeland, J., Schulze, H., Rübber, H. (2008) Taschenbuch Urologie, 14. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Zeitschriften:

Fasching, P .A. Hübner, Kleeberg, J. U. R. 2009, `Körperliche Bewegung und Sport zur Prävention und Behandlung von Krebskrankheiten`, *Der Onkologe*, vol. 15, no.7, pp. 696-701

Heidecker, B. 2007, `Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – Das Bewusstsein der Pflegenden für deren Notwendigkeit und die erforderlichen Kompetenzen zur Umsetzung`, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Stuttgart, pp.1-22.

F. Sommer,C. Peters, T. Klotz, H. Michna, A. Schönenberger, U. Engelmann 2002, Sport und Bewegung in der Prävention urologischer Erkrankungen`, *Der Urologe*, vol. 42, no. 4, pp. 297-305

Schroeder A. 2007, `Sekundärprävention nach urologischen Tumorerkrankungen`, *Der Urologe*, vol. 46, no. 6, pp. 642.645

Internet:

(http://www.lindberg.ch/default.asp?v_item_id=20387 (Stand 24.06.2012))

Zigeuner R. (2010) Harnblasenkrebs, URL: <http://www.urologe-zigeuner.at/prostatakrebs> (Stand 24.06.2012)

Statistik Austria (2011) Statistiken, URL:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen (Stand 26. 06.2012)

Resümee

Zusammenfassend möchte ich darauf hinweisen, wie wichtig die Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Urologen sind. Denn hauptsächlich durch die Untersuchung des PSA-Wertes und die digital- rektale Palpation des Arztes kann eine Prostataerkrankung frühzeitig festgestellt werden. Je früher man diese erkennt, desto besser sind die Chancen auf eine komplette Heilung. Jegliche Symptome, die den Urinstrahl, das Urinieren und vor allem auch das Wasserlassen in der Nacht betreffen, sollten erst genommen und von einem Urologen kontrolliert und behandelt werden.

Um zu der am Beginn gestellten Forschungsfrage zurückzukommen kann gesagt werden, dass mit der Durchführung von gesundheitsfördernden und Präventiven Maßnahmen im alltäglichen Leben, wie das führen eines gesunden, stressfreien, bewegungsreichen Lebensstils in Kombination mit einer ausgewogenen Ernährung, Abstinenz von Alkohol und Nikotin das Risiko einer Erkrankung um ein Vielfaches gesenkt werden kann. Leider ist es in unserem Alltag nicht immer möglich all diese Dinge zu beachten, dennoch wäre es mir ein Anliegen, auf diese Wichtigkeiten hinzuweisen um möglichst viele Gesundheitsfördernde und Präventive Maßnahmen in den Alltag zu integrieren.