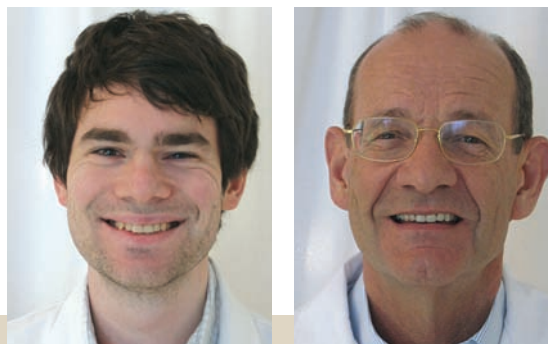


# Urologie im niedergelassenen Bereich: Facts zur Prostatavorsorge, -nachsorge und Patientencompliance



Dr. Alexander Friedl, Univ.-Prof. Dr. Christian-Peter Schmidbauer (r.)

## Prostatavorsorge in Österreich

Die Prostatavorsorge gehört zu den wichtigsten Vorsorgeprogrammen im österreichischen Gesundheitswesen. Urologen und Allgemeinmediziner sind dafür verantwortlich, Veränderungen an der Prostata erstmals und so früh wie möglich festzustellen. Seit 1971 ist in Deutschland das Prostata-Screening für Männer ab dem 45. Lebensjahr empfohlen. Die österreichische Gesellschaft für Urologie hält sich ebenfalls an die Empfehlung der DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie). Für familiär vorbelastete Patienten wird eine Untersuchung ab dem 40. Lebensjahr angeraten. Bei unauffälligen Befunden sollte das Vorsorgeprogramm jährlich fortgesetzt werden. Tastbare Veränderungen an der Prostata, auffällige PSA-Werte oder Miktionsbeschwerden z.B. im Sinne von LUTS (lower urinary tract symptoms) verlangen enghmaschigere Kontrollen. Bei sehr niedrigen und stabilen Langzeit-PSA-Werten mit unauffälligen Rektalbefunden kann im Ermessen des Urologen die Prostatavorsorge auch alle zwei Jahre empfohlen werden.

In Österreich ordinieren derzeit 201 niedergelassene Urologen mit Kassenverträgen (Standesmeldung der ÖAK), welche im Prostata-Screening eingebunden sind. Bei einer männlichen österreichischen Gesamtbevölkerung von ca. 3,9 Mio sind ca. 1,5 Mio über dem 45. Lebensjahr (Statistik Austria). Laut diesem Zahlenspiel kämen demnach auf einen niedergelassenen Urologen etwa 7.500 Patienten. Bekanntlich wird sich die Bevölkerungspyramide in den nächsten 50 Jahren weiterhin im Bereich

der Personen über 55 Jahren deutlich verbreitern. An der Anzahl der niedergelassenen Urologen wird sich aber höchstwahrscheinlich nichts ändern, die Nachfrage nach urologischer Behandlung wird aufgrund der wachsenden Lebenserwartung trotzdem ansteigen. Dabei wird die Zusammenarbeit mit den Praktischen Ärzten, welche einen Großteil der fachärztlichen Zuweisung ausstellen, noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Der Weg zur ersten urologischen Routinekontrolle ist von Seiten der Patienten ein schwieriger. Viele Erstkonsultationen werden aufgeschoben, nicht wahrgenommen oder unentschuldig verabsäumt. Diese „Blockade“ zwischen Patient und Vorsorge kann viele Gründe haben. Grundsätzlich sind Männer weniger bemüht Vorsorgetermine einzuhalten und ärztliche Termine wahrzunehmen als Frauen. Männer betreiben mehr Nachsorgemedizin, Frauen tendieren eher zur Vorsorgemedizin. Die urologische Erstkonsultation findet leider oft erst bei ausgeprägter Symptomatik statt. Angst vor Tumordetektion und vor schmerzhaften Untersuchungen könnte dabei eine Rolle spielen. Nur 15–20% der betroffenen Männer nehmen die Möglichkeit zur Prostatavorsorge wahr.

## Inhalte und Aufgaben der Prostatavorsorge

Die urologische Vorsorgeuntersuchung sollte folgende Untersuchungen beinhalten. Anamnese und urologischer Status sind obligatorisch. Die Dokumentation und gezielte Befragung von Symptomen lässt bereits auf erste Diagnosen

schließen. Eine ausführliche Anamnese könnte bis zu 70% das urologische Leitsymptom diagnostizieren. Eine Harnanalyse mit eventueller Uroflowmetrie sowie die Begutachtung des äußeren Genitales gehören ebenso zu den Standarduntersuchungen wie die sonographische Bestimmung der Restharnmenge und ein Ultraschall beider Nieren. Der wichtigste Teil der Prostatavorsorge ist die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) und die nachfolgende digital rektale Untersuchung (DRU). Es ist empfehlenswert, dass der PSA-Wert als wichtiger Follow-up-Parameter stets mit der gleichen laborchemischen Methode ausgewertet wird, um Referenzwertänderungen und Wertschwankungen zu vermeiden. Die Prostatavorsorge bleibt außerdem auch eine wichtige Arztkonsultation, um das Gesundheitsbewusstsein der Patienten zu stärken und auf ungesunde Lebensweisen aufmerksam zu machen. Gesellschaftlich tabuisierte Themen (z.B. Erektile Dysfunktion, Harninkontinenz), private Probleme und einschlägige emotionale Ereignisse werden von den Patienten oft angesprochen. Eine kurze Beratung und Empfehlung von Seiten des Urologen kann die Stimmungslage des Patienten bereits verändern und den „Hilferuf“ beantworten. Aktives Zuhören und Empathie sind für Arzt-Patient-Beziehung essentiell und für den Verbleib des Patienten im Screening-Programm mitentscheidend.

## Lebenslange Vorsorge?

Bei allen Vorsorgeprogrammen stellt sich berechtigterweise die Frage, bis zu welchem Alter eine präventive Untersu-

Tabelle 1

chung sinnvoll erscheint. Eine Überdiagnostik und krampfhaftes Tumorsuchen in „Schrotschussmanier“ ist bei unauffälligem PSA und DRU zu vermeiden. Sollte die Lebenserwartung des Patienten unter zehn Jahre fallen, so ist nach den DGU-Leitlinien eine Vorsorge im Sinne einer Tumordetektion und PSA-Bestimmung nicht mehr notwendig. Wie so oft wird das 70.–75. Lebensjahr als Grenze gesehen, je nach den individuellen Risikofaktoren infolge Komorbiditäten des betreffenden Patienten.

**Von der Vorsorge zur Nachsorge**

Die Intervalle in der Nachsorge haben mit jenen der Vorsorge nichts gemeinsam. Die Nachsorge nach Prostatakarzinom hängt in erster Linie von der Diagnose, dem Tumorstadium und Tumorgangrad, der Therapieentscheidung und dem Therapieerfolg ab. Geht es nach den Patientenleitlinien der DGU wird nach einer Therapie mit Intention zur Heilung, in den ersten zwei Jahren eine dreimonatige Kontrolle, vom zweiten bis zum fünften Jahr eine halbjährliche Kontrolle und ab dem fünften Jahr eine jährliche Nachsorge empfohlen. Nach den Guidelines der European Association of Urology (EAU) sind die Serum-PSA-Bestimmung und ergänzende DRU die Eckpfeiler der Nachsorge von Prostatakarzinompatienten. Eine Tumornachsorge sollte auch bei unauffälligen PSA-Werten ausschließlich beim Urologen erfolgen. Routinemäßige radiologische Untersuchungen bei stabilen Patienten werden nicht empfohlen.

**Patientencompliance in der Prostatavorsorge**

In einer umfangreichen ordinationsinternen Patientenbefragung zur Prostatavorsorge ist es uns gelungen, interessante Details zur Patientencompliance in der Prostatavorsorge im niedergelassenen Bereich herauszufinden. Die Compliance hängt von vielen Faktoren ab, ist oft sehr patientenindividuell ausgeprägt und schwer zu beeinflussen. Mit Fragen zum „Beginn und Grund der Prostatavorsorge“, zur „Einhaltung von Kontrollterminen“ und zur „Anzahl von Facharztwechseln“ konnten wir einen Einblick in das Verhalten und in das Bewusstsein der Patienten in der Prostatavorsorge gewinnen.

Insgesamt konnten wir 150 Patienten befragen, welche zum Zeitpunkt der Be-

n=150	Verwandte Familie	Freunde	Hausarzt	Urologe	Medien TV Zeitungen
<i>Wer/Was hat Sie dazu bewogen, erstmals zur urologischen Vorsorge zu gehen?</i>	20	26	70	8	26
	13%	17%	46%	5%	17%

n=150	Sehr gut	Gut	Wenig	Kaum	Gar nicht
<i>Fühlen Sie sich generell gut über die urologische Vorsorge informiert?</i>	59	71	15	5	0
	39%	47%	10%	3%	0%

fragung ein Durchschnittsalter von 67 Jahren hatten. Von diesen Patienten befanden sich 38 (25%) in Tumornachsorge nach N. prostatae, wobei sich 24 (63%) dieser Patienten einer primären radikalen Prostatektomie (RPE) unterzogen hatten. Nur 5% wählten eine Bestrahlung zur Primärtherapie. Bei den restlichen Patienten wurde die Therapieoption einer Androgenblockade oder einer Wait-and-see-Strategie gewählt. Auf nichturologische Komorbiditäten wurde in der Befragung keine Rücksicht genommen.

Die Frage zum empfohlenen Beginn der Prostatavorsorge, konnten nur wenige Patienten richtlinienkonform beantworten. Nur 15 Patienten (10%) wussten über das vorgeschlagene Alter bescheid. Der Großteil dieser 15 Patienten hatte aufgrund von früheren Beschwerden (Hodenschmerzen, Prostatitis, Urethritis,...) bereits vor dem 40. Lebensjahr eine urologische Erstkonsultation. Demnach wurde diesen Patienten das Verständnis für regelmäßige urologische Vorsorge aufgrund ihrer frühen ersten urologischen Untersuchung schon mit auf den Weg gegeben. Das Bewusstsein für urologische Gesundheit ist in dieser Gruppe höher als in Gruppen beschwerdefreier Patienten.

Die 150 befragten Patienten hatten bei ihrer ersten Prostatavorsorgeuntersuchung ein Durchschnittsalter von 52 Jahren. Auf die Frage „Wann beginnt Ihres Wissens nach die Prostatavorsorge?“ wurde durchschnittlich das 48. Lebensjahr genannt. Dieser Vier-Jahres-Unterschied ist hauptsächlich auf Beschwerdelosigkeit und auf Interessenmangel am urologischen Vorsorgeprogramm zurück-

zuführen. Ein Großteil der Patienten ist bei der ersten Vorsorgeuntersuchung subjektiv beschwerdefrei. Auch altersentsprechende Veränderungen bei der Miktions sind für viele vorerst nicht störend. Das fehlende Wissen über Prostatavorsorge ist jedoch mitverantwortlich, dass eine regelmäßige Vorsorge ohne Kontrollversäumnisse erst ab dem 54. Lebensjahr eingehalten wird.

Auf die Frage nach dem „Anstoß“ zur ersten Prostatavorsorgeuntersuchung, antworteten etwa 46% „auf Empfehlung des praktischen Arztes“. Zweithäufigster Grund mit 17% war auf „Rat von Freunden“. Familienangehörige und Verwandte hatten mit 13% weniger Einfluss auf die Betroffenen als Freunde. Nur wenige Patienten wurden durch Medien darauf aufmerksam gemacht. Diese Zahlen bestätigen die Wichtigkeit der hausärztlichen Betreuung und unterstreichen die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Tab. 1).

Aus einer weiteren Frage wurde ersichtlich, dass sich rund 80% der Befragten subjektiv bestens über die urologische Vorsorge informiert fühlen (Tab. 1). Dieser hohe Prozentsatz ist eine Folge der Information durch die Praktischen Ärzte und ihre Zuweisungen.

Zur Einhaltung von Vorsorgeterminen konnten folgende Daten erhoben werden: 24% der Patienten wechselten bereits mehrmals innerhalb des Vorsorgeprogramms den Facharzt, im Durchschnitt zwei- bis dreimal. Interessanterweise konnte bei jüngeren Patienten und bei Prostatakarzinompatienten eine höhere Anzahl an Facharztwechseln erkannt werden. Jeder vierte Patient hatte

seinen Kontrolltermin während des Vorsorgeprogramms schon einmal verabreicht oder vergessen.

Patienten unter medikamentöser Therapie (ausgenommen alpha1-Blocker, siehe unten) oder mit Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE5-I) gehen mit ihren Kontrollterminen sorgfältiger um. Demnach dürfte die Medikamenteneinnahme, besonders PDE5-I (Viagra®, Cialis®, Levitra®, Vivanza®), die Einhaltung der Vorsorgetermine im Sinne der Patientencompliance verbessern. Dies zeigt, dass die Behandlung der Erektile Dysfunktion (ED) und die Zufriedenheit des männlichen Sexuallebens in der Vorsorgemedizin einen hohen Stellenwert eingenommen haben und von den Patienten sehr ernst genommen werden. Für viele Patienten sind PDE5-I – nach Ausschluss internistischer Kontraindikationen – der erste Weg aus sexueller Unzufriedenheit.

Prostatakarzinompatienten haben eine nahezu 100%-ige Wahrnehmung ihrer Kontrolluntersuchungen. Patienten, die alpha1-Rezeptorblocker einnehmen, weisen eine schlechte Patientencompliance auf. Von 42 Patienten unter primärer alpha1-Blocker-Therapie kamen 35% sehr unregelmäßig zur Prostata-

vorsorge. Die „Weiterverordnung“ der alpha1-Blocker-Therapie und die PSA-Routineblutabnahme durch den Praktischen Arzt haben eine Abnahme der urologischen Konsultationen zur Folge und beeinflussen die Einhaltung der Kontrolltermine dadurch negativ. Patienten ohne medikamentöse Therapie (44%) haben eine vergleichsweise schlechte Compliance wie Patienten unter alpha1-Blocker-Therapie.

Nur 25% der Patienten wusste über ein allgemein familiäres Risiko beim Prostatakarzinom Bescheid. Dabei konnte diese Patientengruppe den Altersbeginn zum Prostata-Screening noch am genauesten erraten. Der Wohnort und somit die Entfernung zur Ordination hat laut unseren Analysen keinen Einfluss auf die Patientencompliance.

### Zusammenfassung

Der Bedarf an urologischer Vorsorge wird sich aufgrund der prognostischen Bevölkerungspyramide erhöhen. Eine optimale Zusammenarbeit mit den Praktischen Ärzten ist unumgänglich. 46% der Patienten kommen auf Rat des Hausarztes erstmals zum Urologen. Die Prostata-Vorsorge wird ab dem 45. Lj. (ab dem 40. Lj. bei positiver Familienanam-

nese) empfohlen. Von einer lebenslangen Vorsorgeuntersuchung ist bei einer Lebenserwartung unter zehn Jahren abzuraten. Patienten mit urologischen Beschwerden vor dem 40./45. Lebensjahr hatten ein stärkeres Bewusstsein für eine nachfolgende urologische Vorsorge. Beschwerdefreie Patienten und jene unter alpha1-Blocker-Therapie nehmen unregelmäßiger ihre Vorsorgetermine wahr. Dabei dürfte die hausärztliche Weiterverordnung der alpha1-Blocker ursächlich sein. Auch der Therapieerfolg der alpha1-Blocker dürfte dabei eine Rolle spielen, sollte aber regelmäßig überprüft werden. Patienten mit Prostatakarzinom und Patienten mit PDE5-I hatten die beste Compliance. Die Behandlung der ED hat in der Prostata-Vorsorge einen großen Stellenwert eingenommen. Eine Prostatakrebsnachsorge sollte ausschließlich beim Urologen stattfinden.

*Dr. Alexander Friedl,  
Univ.-Prof. Dr. Christian-Peter  
Schmidbauer  
Praxis-Klinik Urologie,  
Fuchshallergerasse 2/11, A-1090 Wien  
Tel.: +43/1/315 21 90,  
Fax: +43/1/317 93 67-24  
schmidbauer@urologie-wien.com*

## Ein großer Schritt nach vorne bei der Behandlung von BPH!

Seit dem 1. April 2011 steht Duodart®, die einzige Fixkombination des dualen 5-Alpha-Reduktase-Hemmers Dutasterid (Avodart®) und dem Alpha-Blocker Tamsulosin, für die Behandlung von benigner Prostatahyperplasie (BPH) zur Verfügung.

Die Produktinnovation Duodart® bietet eine rasche Verbesserung der Symptomatik kombiniert mit einer langfristigen Wirkung auf die Symptome und Ursachen der BPH.<sup>1,2</sup>

Die Fixkombination verringert nicht nur das Risiko von akutem Harnverhalt

(AUR) und BPH-bedingten, chirurgischen Eingriffen um relative 66% im Vergleich zu der Monotherapie mit Tamsulosin, sondern verbessert auch die Lebensqualität der Patienten signifikant stärker. Ein weiterer Vorteil der Fixkombination ist, dass den Patienten im Vergleich zur freien Kombination das Einnehmen einer zusätzlichen Tablette und so auch das Bezahlen einer zweiten Rezeptgebühr erspart werden kann. Weiters ist die Therapiezufriedenheit mit der Kombinationstherapie Dutasterid + Tamsulosin (im Vergleich zu den Monotherapien) bei den Patienten am höchsten.<sup>2,3</sup>

Duodart® ist für die Behandlung von Patienten mit moderaten bis schweren Symptomen der BPH sowie für die Reduktion des Risikos von akutem Harnverhalt (AUR) und des chirurgischen Eingriffs bei Patienten mit moderaten bis schweren Symptomen bei BPH zugelassen.<sup>1</sup> Duodart® ist in der gelben Box chefarztpflichtig erhältlich.

#### Referenzen

1. Aktuelle Duodart Fachinformation
2. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.
3. Montorsi F et al. Int J Clin Pract 2010; 64: 1042-1051

Duodart 0,5 mg/0,4 mg Hartkapseln; Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Kapsel enthält 0,5 mg Dutasterid und 0,4 mg Tamsulosinhydrochlorid (entspricht 0,367 mg Tamsulosin). Jede Kapsel enthält  $\leq$  0,1 mg Gelborange S. Sonstige Bestandteile: Hartkapsel: Hypromellose, Carrageen (E 407), Kaliumchlorid, Titandioxid (E 171), Rotes Eisenoxid (E 172), Gelborange S (E 110), Carnaubawachs, Maisstärke; Inhalt der Dutasterid Weichkapsel: Mono-Diglycerid der Octansäure, Butylhydroxytoluol (E 321); Weichkapsel: Gelatine, Glycerol, Titandioxid (E 171), Gelbes Eisenoxid (E 172), Triglyceride mittlerer Kettenlänge, Lecithin; Tamsulosin-Pellets: mikrokristalline Cellulose, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer 1:1 Dispersion 30% (enthält auch Polysorbat 80 und Natriumdoodecylsulfat), Talkum, Triethylcitrat; Schwarze Druckfarben (SW-9010 oder SW-9008); Schellack, Propylenglycol, Schwarzes Eisenoxid, Kaliumhydroxid (nur in schwarzer Druckerfarbe SW-9008); Pharmakotherapeutische Gruppe: Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten, ATC-Code: G04CA52. Anwendungsgebiete: Behandlung von moderaten bis schweren Symptomen der benignen Prostatahyperplasie (BPH). Reduzierung des Risikos von akutem Harnverhalt (AUR) sowie chirurgischem Eingriff bei moderaten bis schweren Symptomen bei BPH. Informationen zur Wirkungsweise der Behandlung und zu den in klinischen Studien untersuchten Patientenpopulationen entnehmen Sie bitte Abschnitt 5.1. Gegenanzeigen: Dutasterid-Tamsulosin ist kontraindiziert bei: Frauen, Kindern und Jugendlichen (siehe Abschnitt 4.6). Patienten mit einer bekannten Überempfindlichkeit gegen Dutasterid, anderen 5-alpha-Reduktase Inhibitoren, Tamsulosin (einschließlich Tamsulosin-induziertes Angioödem) oder einen der sonstigen Bestandteile. Patienten mit orthostatischer Hypotonie in ihrer Anamnese Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung. Zulassungsinhaber: GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Zulassungsnummer: Z.Nr.: 1-29401. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

\* Im Vergleich zu den Monotherapien mit Tamsulosin oder Dutasterid. \*\* Zwischen der Kombination und Dutasterid bestand hier kein signifikanter Unterschied (RRR 19,6%, p=0,18). Referenzen: 1. Aktuelle Duodart® Fachinformation 2. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.