

**Aktuelles: HAROW:**

**Versorgungsforschung bei**

**Patienten mit lokal**

**begrenztem**

**Prostatakarzinom**

Weißbach L, Dylus J

*Blickpunkt der Mann 2010; 8 (1)*

41-42

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://www.kup.at/dermann)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH  
Verlag für Medizin und Wirtschaft  
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf  
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Aktuelles: HAROW:**

**Versorgungsforschung bei**

**Patienten mit lokal**

**begrenztem**

**Prostatakarzinom**

Weißbach L, Dylus J

*Blickpunkt der Mann 2010; 8 (1)*

41-42

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://www.kup.at/dermann)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH  
Verlag für Medizin und Wirtschaft  
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf  
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# HAROW: Versorgungsforschung bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom

L. Weißbach, J. Dylus

## ■ Einleitung

Mit einer Inzidenz von ca. 58.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist das Prostatakarzinom (PCa) die am häufigsten diagnostizierte Krebserkrankung deutscher Männer. Das Spektrum reicht von besonders langsam wachsenden und ihren Träger nicht vital gefährdenden Tumoren bis hin zu sehr aggressiven, rasch metastasierenden Karzinomen. Nach wie vor gelten die radikale Operation und die Bestrahlung als Therapiestandard. Diese Optionen sind allerdings nur bei jenen Patienten indiziert, bei denen der Tod durch den Tumor oder eine zeitnahe klinische Symptomatik zu erwarten ist. Hinweise darauf geben der histologische Differenzierungsgrad und die Tumorausbreitung. Als Folge solcher kurativer Maßnahmen kann jedoch die Lebensqualität der Patienten durch Inkontinenz oder Impotenz erheblich eingeschränkt werden.

Abwartende oder beobachtende Therapiestrategien werden zwar diskutiert, finden derzeit jedoch noch recht zögerlich Eingang in das bisherige Behandlungsspektrum, da viele Urologen der abwartenden Behandlung kritisch gegenüberstehen. Ein Grund dafür liegt sicherlich in der unzureichenden Datenbasis, die genaue Hinweise darauf gibt, welche Patienten mit wenig invasiven Strategien behandelt werden könnten. Darüber hinaus verhindern häufig auch Ängste der Krebspatienten eine defensive Therapiewahl.

Die Erkenntnis, dass nicht jedes PCa eine Intervention erfordert, ist fundamental und darin begründet, dass das prostata-spezifische Antigen (PSA) viele Tumoren entdeckt, die ein Leben lang symptomlos geblieben wären. Die „European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer“ (ERSPC) beziffert die Zahl indolenter Karzinome mit 30 % der durch Früherkennung diagnostizierten [1].

Mit der prospektiven Beobachtungsstudie HAROW, die von der GAZPROM Germania GmbH gefördert wird, hat sich die gemeinnützige Stiftung Männergesundheit zum Ziel gesetzt, eine umfassende Datenbasis zu schaffen. Mit ihrer Hilfe sollen Aussagen zu Patienten- und Tumorcharakteristika, den derzeitigen Behandlungsstrategien, zum Behandlungsablauf und dem subjektiv erlebten sowie subjektiv erfassbaren Krankheitsverlauf gemacht werden können. Der Studientitel HAROW steht dabei für 5 der derzeit gängigen Therapieoptionen: **H**ormontherapie, **A**ctive Surveillance, **R**adiotherapie, **O**peration und **W**atchful Waiting.

## ■ Methode und Ziele

Bei der HAROW-Studie handelt es sich um eine offene, prospektive, nichtinterventionelle und multizentrische Beobachtungsstudie. Das Design ist geeignet, die aktuelle Versorgungssituation zu beschreiben. Bis 2012 sollen Daten von 5000 Patienten erfasst werden. Mit Stand vom 30.11.2009

sind 1075 Patienten in die Studie eingeschlossen, 330 niedergelassene oder klinisch tätige Urologen sowie Strahlentherapeuten haben sich als Studienzentren angemeldet, wovon 195 aktiv Patienten einschließen. Es können Patienten an der Studie teilnehmen, die an einem lokal begrenzten PCa T1 bis einschließlich Stadium T2a ohne bekannte Metastasen (N0, M0) erkrankt sind. Dokumentiert wird in halbjährlichen Abständen, wobei der behandelnde Arzt und auch der Patient angehalten sind, Daten zu erfassen. Als Zielparame-ter werden vom Arzt die biologischen Tumorcharakteristika und vom Betroffenen die Lebensumstände und -qualität vor Behandlungsbeginn und im Verlauf unter den verschiedenen Behandlungsmaßnahmen sowie seine Zufriedenheit mit der Versorgungssituation dokumentiert. Außerdem werden die Kosten der Versorgung erfasst.

## ■ Erste Ergebnisse

In die erste Auswertung der Studie, 10 Monate nach Einschluss des ersten Patienten, wurden noch keine Verlaufsdaten einbezogen, sondern zunächst ausschließlich die Eingangsdokumentationen ausgewertet. Erst ab dem Frühjahr 2010 wird es möglich sein, auch Verlaufsergebnisse zu erfassen. Nichtsdestoweniger lassen sich bestimmte Trends bereits jetzt verdeutlichen. So entscheidet sich die überwältigende Mehrheit der Patienten nach wie vor für eine operative Entfernung der Prostata (54 %). Demgegenüber werden die defensiven Strategien selten gemeldet (Abb. 1).

Nach der ersten Auswertung schätzen die Betroffenen die psychosoziale Versorgungsqualität sowie die ärztliche Empathie sehr hoch ein. Dies weist auf eine gute Patientenorientierung sowie gut ausgebildete kommunikative Fähigkeiten aufseiten der niedergelassenen Urologen in Deutschland hin. In den kommenden Auswertungen soll der Fokus auf den Auswirkungen der unterschiedlichen Behandlungsarten sowie der Arzt-Patient-Interaktion in Abhängigkeit von der gewählten Therapiestrategie liegen.

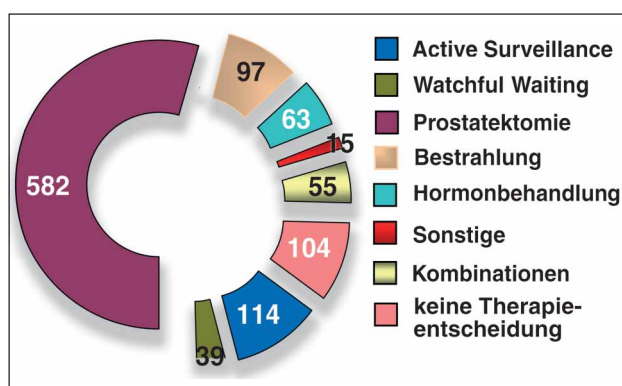


Abbildung 1: Verteilung Patienten nach Therapie

## ■ Ausblick – Umdenken ermöglichen

Das Misstrauen gegenüber einer nichtinvasiven Behandlung ist von einem veralteten Verständnis der Erkrankung sowie durch Unsicherheit und ökonomische Rahmenbedingungen geprägt, denn die Vergütungsstrukturen der Gesundheitsversorgung sehen für defensive Strategien eine schlechte oder gar keine Vergütung vor. Wissenschaftliche Fakten sprechen jedoch sehr dafür, dass „Active Surveillance“ eine sichere Behandlungsoption ist. So hat eine große Längsschnittuntersuchung in den USA – das „Surveillance, Epidemiology and End Results“- (SEER-) Register gezeigt, dass gut differenzierte Prostatakarzinome (Differenzierungsgrad G1, entsprechend Gleason > 5) eine exzellente Prognose haben, egal, ob sie behandelt werden oder nicht [2].

Tatsächlich beinhaltet das Konzept der „Active Surveillance“ die Möglichkeit der Tumorprogression. Es geht also nicht darum, durch Saturationsbiopsien das kleine Karzinom zu erkennen und auch nicht darum, durch ein Upgrading mit der Zweitmeinung des Pathologen ein indolentes Karzinom nachzuweisen. Stattdessen geht es um eine Strategie, die mit auf-

geschobener Dringlichkeit eine Operation oder Bestrahlung erst dann vorsieht, wenn es die Biologie des Tumors erfordert. Diese Diskussion wird beeinflusst durch die leidige Argumentation für Mindestmengen, durch die Indikationsgrenzen überschritten werden. Einfluss auf Indikationen nehmen leider auch Klinikökonomien, die im Wettbewerb den Arzt zur Fallzahlsteigerung verpflichtet, um eine „gesunde Bilanz“ ziehen zu können.

### Literatur:

1. Schröder FH. Screening for prostate cancer (PC) – an update on recent findings of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). *Urol Oncol* 2008; 26: 533–41.
2. Lu-Yao GL, Siu-Long Y. Population-based study of long-term survival in patients with prostate cancer. *Lancet* 1997; 349: 906–10.

### Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Lothar Weißbach*

*Wissenschaftlicher Vorstand, Stiftung Männergesundheit*

*D-10117 Berlin*

*Reinhardtstraße 2*

*E-Mail: weissbach@stiftung-maennergesundheit.de*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)