

Lebensqualität und Prostatakrebs in Österreich

**Eine Untersuchung des
Berufsverbandes der Österreichischen
Urologen (bvU)**

Berufsverband 
der österreichischen Urologen

www.urologisch.at

Sehr geehrter Patient!

In den letzten Jahren wird zunehmend die Bedeutung der Lebensqualität in der Krebsbehandlung erkannt. Gerade beim Prostatakrebs ist dieser Aspekt wegen des oft langen Verlaufs der Erkrankung bei der Beurteilung des Behandlungserfolges von entscheidender Bedeutung.

Der **Berufsverband Österreichischer Urologen (bvU)** hat sich daher entschlossen, die Lebensqualität von Patienten die an einem Prostatakrebs erkrankt sind bzw. behandelt werden, zu untersuchen.

Im Rahmen dieser in ganz Österreich durchgeführten Studie werden verschiedene Aspekte erfragt, wie z.B. Beschwerden beim Wasserlassen, unfreiwilliger Harnverlust, Sexualität und das Wohlbefinden ganz allgemein. **Dafür werden österreichweit 800-1000 Männer befragt, bei denen in den letzten 5 Jahren (Stichtag: 1.1.2007) ein Prostatakrebs entdeckt bzw. behandelt wurde.**

Als Ergebnis dieser Studie erwarten wir uns wichtige Rückschlüsse auf die Behandlung und die Nachsorge von Patienten mit Prostatakrebs. Damit soll Verbesserungsbedarf erkannt und entsprechende Maßnahmen angeregt werden.

Somit dürfen wir uns auch an Sie mit der Bitte wenden, sich ein paar Minuten für das Ausfüllen des vorliegenden Fragebogens Zeit zu nehmen. Damit leisten Sie einen wichtigen Beitrag zu neuen Erkenntnissen, die Ihnen selbst zugute kommen könnten! Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich anonym erhoben, streng vertraulich behandelt und in keiner Weise außerhalb dieser klinischen Untersuchung verwendet.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!



Dr. Karl Dorfinger

Präsident des Berufsverbandes
der Österreichischen Urologen



Univ. Doz. Dr. Stephan Madersbacher

Wissenschaftliche Leitung
Abteilung für Urologie und Andrologie,
Donauspital, Wien

I. ANGABEN ZUR KRANKHEIT:

- 1. Geburtsdatum** Tag ___ Monat ___ Jahr ___
- 2. In welchem Jahr wurde der Prostatakrebs festgestellt?** [___]
- 3. Wer führte die Prostatavorsorgeuntersuchung durch?**
 Hausärztin/arzt Urologin/e Ambulanz
- 4. Durch wen wurde die Diagnose „Prostatakrebs“ gestellt?**
 Hausärztin/arzt Urologin/e Ambulanz
- 5. Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen diesbezüglich durchgeführt?**
 Tastbefund PSA-Wert Prostatabiopsie
 Lungenröntgen Knochenscan Harnflussmessung
 Computertomographie (Schichtröntgen)
- 6. Waren Sie zum Zeitpunkt der Diagnosestellung beschwerdefrei?**
 Ja Nein
- 7. Wie hoch war der PSA Wert zum Zeitpunkt der Diagnose?**
 ca. _____ ng/ml
 Weiß ich nicht
- 8. Bestanden zum Zeitpunkt der Diagnose Metastasen (=Absiedelungen)?**
 nein
 ja
 weiß ich nicht
- 9. Welche ERSTbehandlung haben Sie erhalten?**
 Radikale Prostatektomie
 Strahlentherapie
 Hormontherapie
 Andere (bitte beschreiben)

- 10. Falls Sie eine radikale Prostatektomie oder Strahlentherapie erhalten haben, in welchem Krankenhaus wurde diese durchgeführt (wenn Sie diese Frage nicht beantworten wollen, fahren Sie einfach mit Frage 12 fort)?**
- Krankenhaus:** _____
- 11. Wann wurde zuletzt ein PSA-Wert bestimmt?**
 Monat _____ Jahr _____

12. Wie hoch war der PSA-Wert zuletzt?

- ca. _____ng/ml
 Weiß ich nicht

13. Welche anderen Behandlungen für den Prostatakrebs erhielten Sie im Laufe der Zeit zusätzlich zur Erstbehandlung (Mehrfachangaben möglich)?

- keine
 Radikale Prostatektomie
 Strahlentherapie
 Hormontherapie
 Schmerzbehandlung

14. Im Falle einer Strahlenbehandlung (als Erstbehandlung oder als Folgebehandlung, zum Beispiel nach radikaler Prostatektomie), welche Nebenwirkungen traten bei Ihnen auf?

(Mehrfachangaben möglich)

- „Strahlenblase“ „Strahlendarm“ Blut im Stuhl
 Blut im Harn Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Fistelbildung

15. Im Falle einer Hormontzugstherapie („Hormonbehandlung“), welche Nebenwirkungen traten bei Ihnen auf?

(Mehrfachangaben möglich)

- Hitzewallungen Gewichtszunahme Vergrößerung des Brustgewebes
 Haarausfall Knochenschwund („Osteoporose“)
 Blutarmut („Anämie“) Veränderungen der Psyche

16. Welche begleitenden Behandlungen führen oder führten Sie zusätzlich durch?

(Mehrfachangaben möglich)

- Misteltherapie Fettarme Diät Vitamin D
 Vitamin E Selen Multivitaminpräparate
 Tomaten Soya Enzyme
 Homöopathie Akupunktur
 Andere (bitte beschreiben): _____
-

II. FRAGEN ZU UNFREIWILLIGEM HARNVERLUST. DIESE BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 4 WOCHEN.

1. Haben Sie während der letzten 4 Wochen unfreiwillig Harn verloren?

- nein; bitte, fahren Sie mit Frage 8 fort
 ja; bitte, beantworten Sie alle Fragen

2. Hat sich das Ausmaß des unfreiwilligen Harnverlustes durch die Behandlung Ihres Prostatakrebses (z. B. Operation/Strahlentherapie) verändert?

- deutlich verschlechtert etwas verschlechtert in etwa gleich
 etwas gebessert deutlich gebessert

3 a. Wie oft haben Sie einen unfreiwilligen Harnverlust?

- ca. einmal die Woche oder seltener ca. einmal am Tag
 zwei- oder dreimal die Woche mehrmals am Tag
 dauernd

3 b. Wie sehr beeinträchtigt Sie das in Ihrem Wohlbefinden?

- gar nicht nicht sehr ziemlich sehr

4 a. Wieviel Harn verlieren Sie üblicherweise?

- genügend, um die Unterwäsche bzw. Vorlagen zu befeuchten
 genug um die Unterwäsche bzw. Vorlagen nass zu machen
 genug um die Oberbekleidung (Hose) nass zu machen
 der Harn läuft an den Beinen entlang bis auf den Boden

4 b. Wie belästigend ist dieser Zustand für Sie?

- gar nicht nicht sehr ziemlich sehr

5. Wie schützen Sie sich gegen den unfreiwilligen Harnverlust?

(Mehrere Antworten sind möglich)

- nein - Ich beachte den Harnverlust nicht
 ja - ich benützte Papiertaschentücher/Toilettenpapier
 ja - ich benützte (Slip)Einlagen (Anzahl pro Tag: _____)
 ja - ich benützte spezielle Inkontinenzvorlagen (Anzahl pro Tag: _____)
 ja - ich benützte andere Hilfsmittel (bitte beschreiben)

andere Hilfsmittel: _____

6 a. Wie wurde der unfreiwillige Harnverlust bisher behandelt?

(Mehrere Antworten sind möglich)

- gar nicht Beckenbodentraining Biofeedback
 Elektrostimulation Unterfütterung mit Kollagen/Macroplastique
 künstlicher Schließmuskel

6 b. Hat sich durch diese Behandlung(en) der unfreiwillige Harnverlust gebessert?

- gar nicht, in etwa gleich etwas gebessert deutlich gebessert
 etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

7 a. In welchem Umfang beeinträchtigt der unfreiwillige Harnverlust Ihr Leben im Allgemeinen?

- überhaupt nicht kaum nicht allzu sehr sehr

7 b. Wie belästigend ist dieser Zustand für Sie?

- gar nicht nicht sehr ziemlich sehr

8. Müssen Sie rasch auf die Toilette gehen um rechtzeitig zu urinieren?

- nein
 gelegentlich (weniger als ein Drittel der Fälle)
 manchmal (zwischen ein und zwei Drittel der Fälle)
 fast immer (mehr als zwei Drittel der Fälle)
 immer

9. Wie oft am Tag müssen Sie durchschnittlich Wasser lassen?

- stündlich alle zwei Stunden
 alle drei Stunden alle vier Stunden oder seltener

10. Wie häufig müssen Sie durchschnittlich während der Nacht zum Wasserlassen aufstehen?

- nie einmal zweimal
 dreimal viermal oder öfter

11. Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Beschwerden beim Wasserlassen künftig nicht mehr ändern würden?

- a usgezeichnet überwiegend unzufrieden zufrieden
 unglücklich überwiegend zufrieden sehr schlecht

12. Wie haben sich Ihre Beschwerden beim Wasserlassen (Harnverlust nicht mitgerechnet) seit der Behandlung Ihres Prostatakarzinoms verändert?

- deutlich verschlechtert etwas verschlechtert in etwa gleich
 etwas gebessert deutlich gebessert

13 a. Sind seit der Behandlung für den Prostatakrebs Verengungen in der Harnröhre aufgetreten?

- ja nein

13 b. Falls ja, wie wurden diese behandelt?

- Dehnung Schlitzung offene Operation gar nicht

III. FRAGEN ZUR SEXUALITÄT. DIESE BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 6 MONATE.
--

1. Wie hat sich Ihr Sexualleben ganz allgemein durch die Behandlung des Prostatakrebses verändert?

- deutlich verschlechtert etwas verschlechtert in etwa gleich
 etwas gebessert deutlich gebessert

2 a. Wie würden Sie derzeit Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion (d.h. Gliedsteifung) zu bekommen oder zu halten?

- sehr hoch hoch mittelmäßig niedrig sehr niedrig

2 b. Wie hat sich diese Zuversicht seit der Behandlung für den Prostatakrebs verändert?

- deutlich gebessert etwas gebessert gleich

- etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

3 a. Wenn Sie bei sexueller Stimulation eine Erektion hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration (d.h. Eindringen in die Partnerin)?

- keine sexuelle Aktivität manchmal fast immer oder immer
 selten meistens fast nie oder nie

3 b. Wie hat sich die Stärke der Erektion (=Gliedsteifung) seit der Behandlung für den Prostatakrebs verändert?

- deutlich gebessert etwas gebessert gleich

- etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

4 a. Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten?

- Geschlechtsverkehr nicht versucht manchmal
 fast immer oder immer selten
 meistens fast nie oder nie

4 b. Wie hat sich diese Fähigkeit (Aufrechterhalten der Gliedsteifung) seit der Behandlung für den Prostatakrebs verändert?

- deutlich gebessert etwas gebessert gleich
 etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

5. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?

- keinen Geschlechtsverkehr versucht manchmal
 fast immer oder immer selten
 meistens fast nie oder nie

6 a. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

- keinen Geschlechtsverkehr versucht manchmal
 fast immer oder immer selten
 meistens fast nie oder nie

6 b. Wie hat sich diese Befriedigung seit der Behandlung für den Prostatakrebs verändert?

- deutlich gebessert etwas gebessert gleich
 etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

7. Wie hat sich Ihr Interesse an sexueller Aktivität seit der Behandlung des Prostatakrebses verändert?

- deutlich gebessert etwas gebessert gleich
 etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

8 a. Wie wurde die Potenzstörung, sofern eine solche besteht, behandelt? (Mehrfachangaben möglich)

- gar nicht
 Viagra/Cialis/Levitra/Vivanza Schwellkörperinjektion
 Muse Vakuumpumpe Penisring
 Penisprothese Uprima/Ixense
 Andere (bitte beschreiben): _____

8 b. Wie hat sich durch die Behandlung(en) Ihre Potenz verändert?

- gar nicht, in etwa gleich etwas gebessert deutlich gebessert
 etwas verschlechtert deutlich verschlechtert

IV. FRAGEN ZU VERSCHIEDNENEN ASPEKTEN DER LEBENSQUALITÄT.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet sehr gut gut
 weniger gut schlecht

2. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt, wenn ja, wie stark?

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengenden Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport betreiben			
Mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Einkaufstaschen heben oder tragen			
Mehrere Treppenabsätze steigen			
Einen Treppenabsatz steigen			
Sich beugen, knien, bücken			
Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen			
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen			
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen			
Sich baden oder anziehen			

3. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

- überhaupt nicht etwas mäßig
 ziemlich sehr

4. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- Ich hatte keine Schmerzen sehr leicht leicht
 mäßig stark sehr stark

5. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und um Beruf behindert?

- überhaupt nicht ein bisschen mäßig
 ziemlich sehr

6. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- immer meistens manchmal
 selten nie

7. Wie sind Sie im Großen und Ganzen mit Ihrer Behandlung für den Prostatakrebs zufrieden?

- sehr zufrieden ziemlich zufrieden zufrieden
 etwas unzufrieden ziemlich unzufrieden sehr unzufrieden

