

Qualitätsbericht

Prostatakarzinom

Diagnosejahre 2021/2022

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Methodisches Vorgehen	3
3 Ergebnisse	3
3.1 Klassifikation der Tumoren	6
3.3 Qualitätsindikatoren	10
3.4 Versorgungsindikatoren	14
4 Zusammenfassende Bewertung	16

1 Einleitung

Gemäß dem Auftrag des Landeskrebsregistergesetzes für Schleswig-Holstein hat die Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein regelmäßig Auswertungen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität von Krebserkrankungen zur Verfügung zu stellen. Sie tut dies in Form von Auswertungen für organbezogene Qualitätskonferenzen oder der Landesqualitätskonferenz.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Versorgungsqualität von einer Prostatakrebskrankung (ICD-10 C61) und beschreibt die Versorgung anhand von Qualitäts- und Versorgungsindikatoren ausgehend von den beteiligten Leistungserbringern (LE). Dabei sind die Leistungserbringer im folgenden Bericht pseudonymisiert dargestellt.

2 Methodisches Vorgehen

Als Primärversorger beim Prostatakarzinom wurden die zertifizierten Prostatakrebszentren (unabhängig von der Fallzahl) oder Versorgungseinrichtungen mit mehr als 80 Diagnose- oder Therapiemeldungen sowie Meldung einer Tumorkonferenz in den Diagnosejahren 2021/22 definiert. Liegen mehrere Meldungen eines Leistungserbringer zu einem Tumor vor, wird der Fall nur einmal für diesen Leistungserbringer gezählt. Sind mehrere Leistungserbringer an der Versorgung eines Tumors beteiligt (z.B. einer mit der Diagnose und ein anderer mit einer Therapie), so wird dieser Tumor jeweils beiden zugeordnet.

Die Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der S3-Leitlinien Prostatakarzinom in der Version 6.2 aus dem Jahre 2021. Sie beziehen sich auf die Umsetzung von leitliniengerechten Therapien, die Anzahl unerwünschter Ereignisse oder die Umsetzung neuer Strukturen¹. Die methodische Berechnung ist klar definiert und für alle Entitäten festgelegt. Da sich nicht alle Qualitätsindikatoren mit den Variablen des onkologischen Basisdatensatzes bilden lassen, ist nur eine Auswahl hier abgebildet.

Seit 2023 wird in Schleswig-Holstein für die Durchführung der Qualitätskonferenzen das Auswertungstool QlikView genutzt. Es ist eine Form der interaktiven Analyse und Präsentation, die es ermöglicht, Fragen und Kommentare direkt in der Veranstaltung beantworten und erläutern zu können. Die im vorliegenden Bericht integrierten Abbildungen sind diesem Tool entnommen und stellen nur einen Ausschnitt der möglichen Qualitätsbetrachtungen dar.

3 Ergebnisse

Für die Jahre 2021/22 liegen im Krebsregister 6.235 Prostatakrebsfälle vor, von denen 6.229 Fälle für die Analyse zur Verfügung stehen (Abbildung 1). Von diesen wurden 730 (12%) für die weiteren Analysen ausgeschlossen, da für diese weder eine Therapie- oder Diagnosemeldung oder die Meldung einer Tumorkonferenz vorliegt. Weitere 1.150 Fälle (18%) wurden ausgeschlossen, da für diese nur eine der eben genannten Meldungen aus einem anderen Bundesland vorliegen. Für Schleswig-Holstein wurden somit 26 Primärversorger (LE001 bis LE026) mit 3.592 Fällen (58%) in den betreffenden Jahren mit Diagnose-, Therapiebeteiligungen oder Meldung einer Tumorkonferenz identifiziert. Ein Fall kann hierbei mehreren Leistungserbringern zugeordnet werden. Gezählt wurden alle Fälle, die in den Jahren 2021/22

¹ Langer T, Wesselmann S, Kowalski C. *Qualitätsindikatoren in der Onkologie*. Onkologie heute; 4/2017:

die Erstdiagnose Prostatakrebs (ICD-10 C61) erhielten und in einer schleswig-holsteinischen Einrichtung diagnostiziert wurden, eine Therapie erhalten haben oder die Meldung einer Tumorkonferenz erfolgt ist und diese an das Krebsregister gemeldet wurde. Die Zuordnung der Fälle zu den Einrichtungen erfolgt über die Meldung einer Therapie-, Diagnosemeldung oder Meldung einer Tumorkonferenz der entsprechenden Meldestelle. 757 Fälle mit Therapie-, Diagnosemeldung oder Meldung einer Tumorkonferenz (ca. 12%) verbleiben bei anderen kleineren Meldestellen in Schleswig-Holstein.

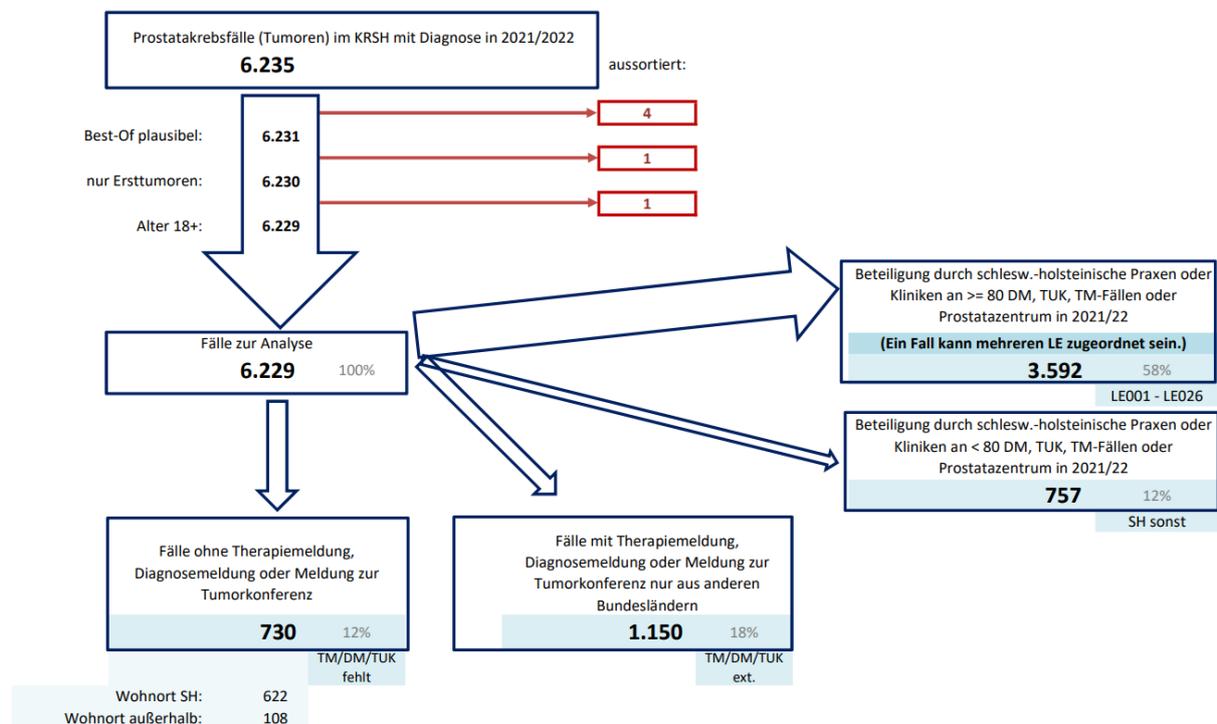


Abbildung 1: Flussdiagramm Prostatakrebsfälle 2021/2022

Die Fallzahlen für die Diagnosejahre 2021/22 zusammen sind im Vergleich mit denen der Vorjahre 2020/2021 leicht gestiegen, allerdings unterliegen die Fallzahlen auch generell im Verlauf der Jahre leichten Schwankungen. Die Anzahl an fehlenden Meldungen, externen Therapiemeldungen und sonstigen Meldungen aus Schleswig-Holstein liegt in der gleichen Größenordnung wie in den Vorjahren. Knapp 60% der Prostatakrebsfälle werden von 26 Primärversorgern in Schleswig-Holstein behandelt.

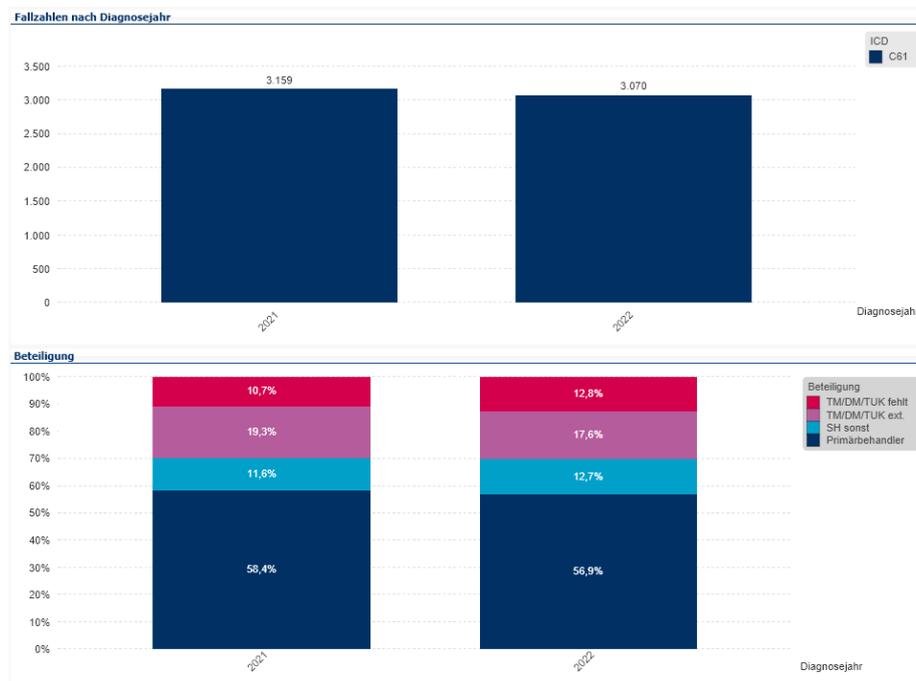


Abbildung 2: Fallzahlen Prostatakrebs 2021/2022

Der Anteil an Fallbeteiligungen der Einrichtungen ist für die Jahre 2021 und 2022 in etwa vergleichbar (Abbildung 2). Für das Diagnosejahr 2022 fehlen etwas häufiger Therapie-/ Diagnosemeldungen oder die Meldung einer Tumorkonferenz (12,8%) als für 2021 (10,7%) (Abbildung 2). Lediglich für 22% liegt eine Diagnose- oder Therapiemeldung oder die Meldung einer Tumorkonferenz aus einem Prostatazentrum vor (nicht in Abbildung gezeigt).

3.1 Klassifikation der Tumoren

Abbildung 3 zeigt eine Übersicht über den cTNM Status nach Leistungserbringer bzw. Diagnosejahr. Die Verteilungen der T- und N- Kategorie ist sind unter den Leistungserbringern sehr unterschiedlich. Ebenso gibt es deutliche Unterschiede in der Häufigkeit einer fehlenden Angabe, die von ca. 2 bis 40% schwankt. Insgesamt ist die Verteilung der Angaben in den Diagnosejahren 2021 und 2022 vergleichbar, über alle Leistungserbringer liegt der Anteil an fehlenden Angaben bei etwa 20% für den T- und N- Status.

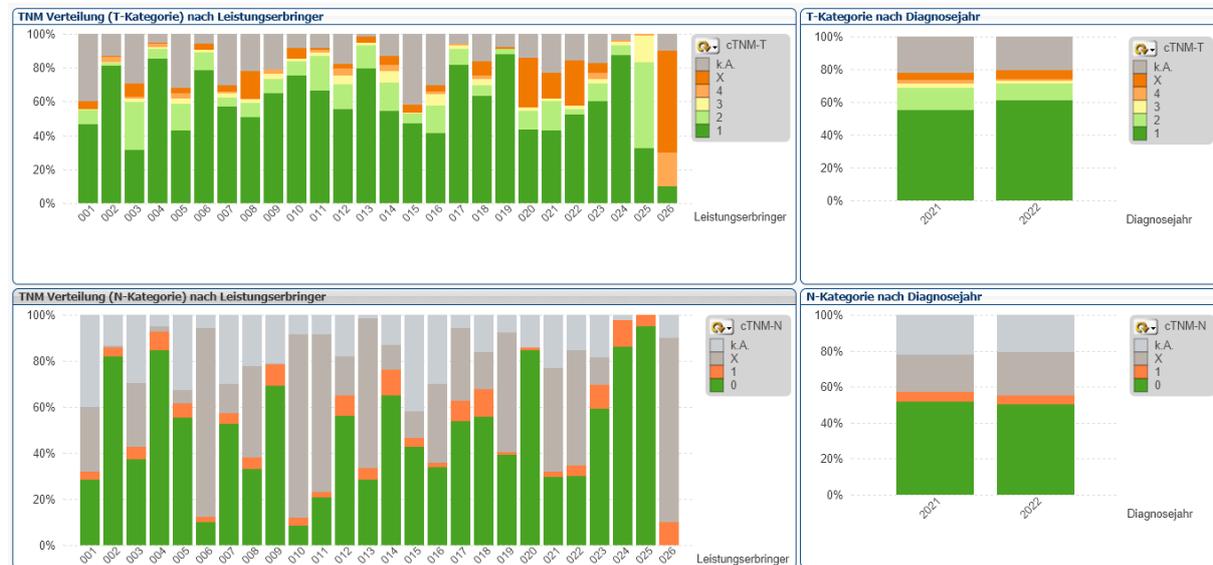


Abbildung 3: Übersicht TNM

Das Grading zeigt ein ähnlich heterogenes Bild: über alle Leistungserbringer bewegt sich die Anzahl fehlender Meldungen um 30%. Bei einem Leistungserbringer (LE002) fehlt die Angabe des Gradings bei über 80%, bei anderen Leistungserbringern mit vergleichbarer Fallzahl (LE004) oder ebenfalls hohen Fallzahlen (LE006 und LE008) liegt der Anteil an fehlenden Angaben lediglich bei weniger als 5% (Abbildung 4).

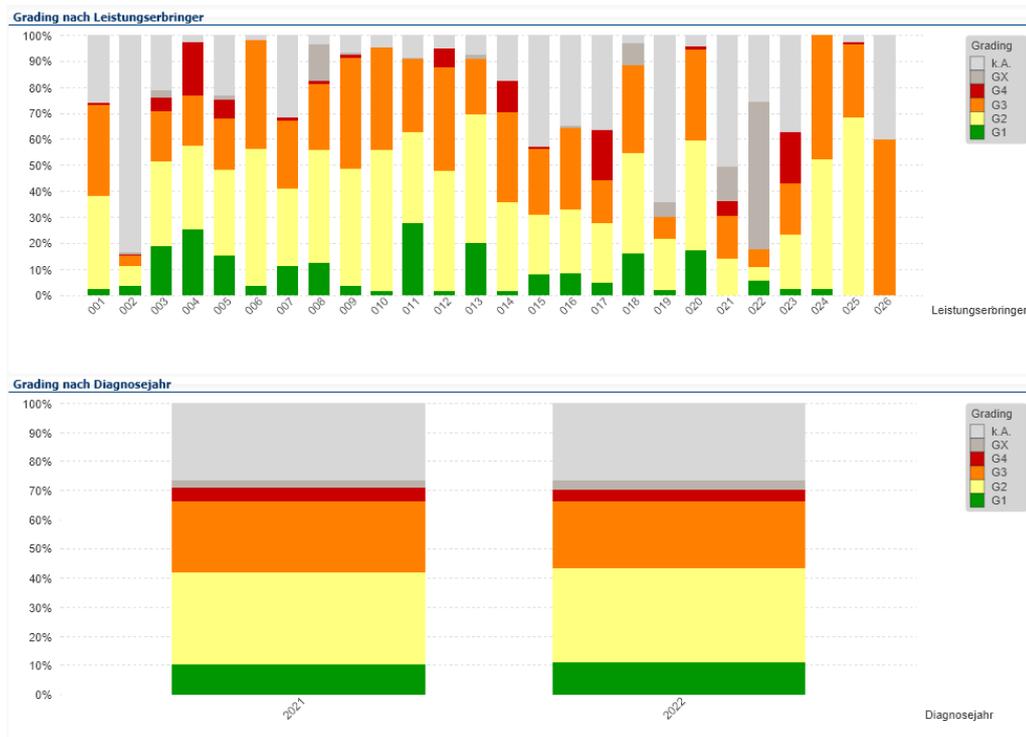


Abbildung 4: Übersicht Grading

Die Auswertung der Angaben zum UICC-Staging ist wie beim Grading sehr verschieden. Über alle schleswig-holsteinischen Leistungserbringer betrachtet, fehlen bei etwa 30-35% die Angaben, im Jahr 2022 fehlen die Angaben etwas häufiger als im Jahr 2021. Bei einigen Leistungserbringern beträgt der Anteil an fehlenden Angaben des UICC-Status über 70% (LE011), andere sind weitestgehend vollständig (LE002, LE004, LE025) (Abbildung 5).



Abbildung 5: Übersicht UICC

Der PSA-Wert und der Gleason-Score sind unter den Leistungserbringern sehr verschieden verteilt sowohl in Bezug auf die Vollständigkeit der Angaben als auch die Ausprägung. Wie auch bei den Angaben zu TNM, Grading und UICC ist auch unter den großen Leistungserbringern mit mehr als 400 Fällen ein großer Anteil an fehlenden Angaben zu verzeichnen (Abbildung 6).

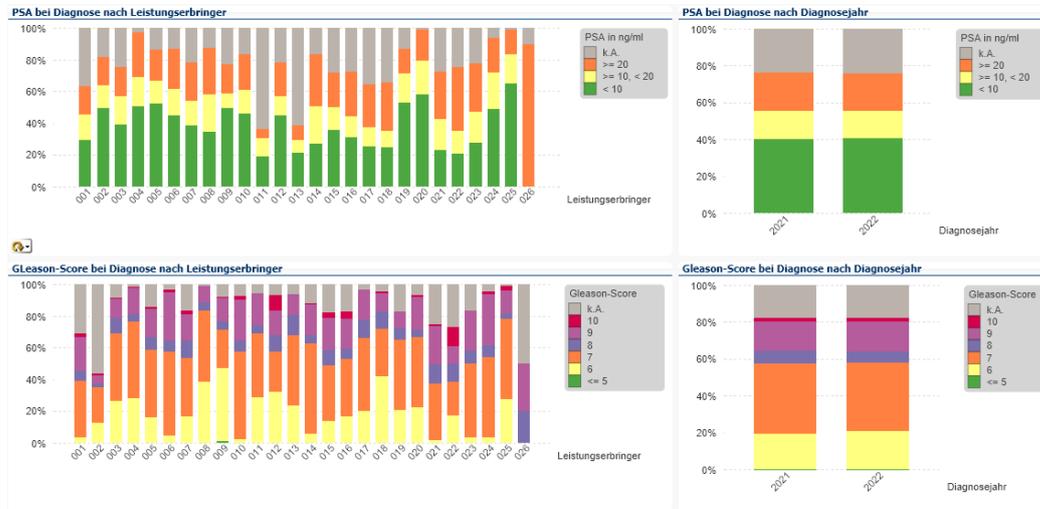


Abbildung 6: Übersicht PSA-Wert und Gleason-Score

Die Vollständigkeit der Angaben zum ECOG sind ebenfalls sehr unterschiedlich verteilt, allerdings hat sich der Anteil an fehlenden Meldungen von etwa 55% im Jahr 2021 erfreulicherweise im Jahr 2022 auf etwa 35% reduziert (Abbildung 7).



Abbildung 7: Übersicht ECOG

3.2 Therapiemeldungen

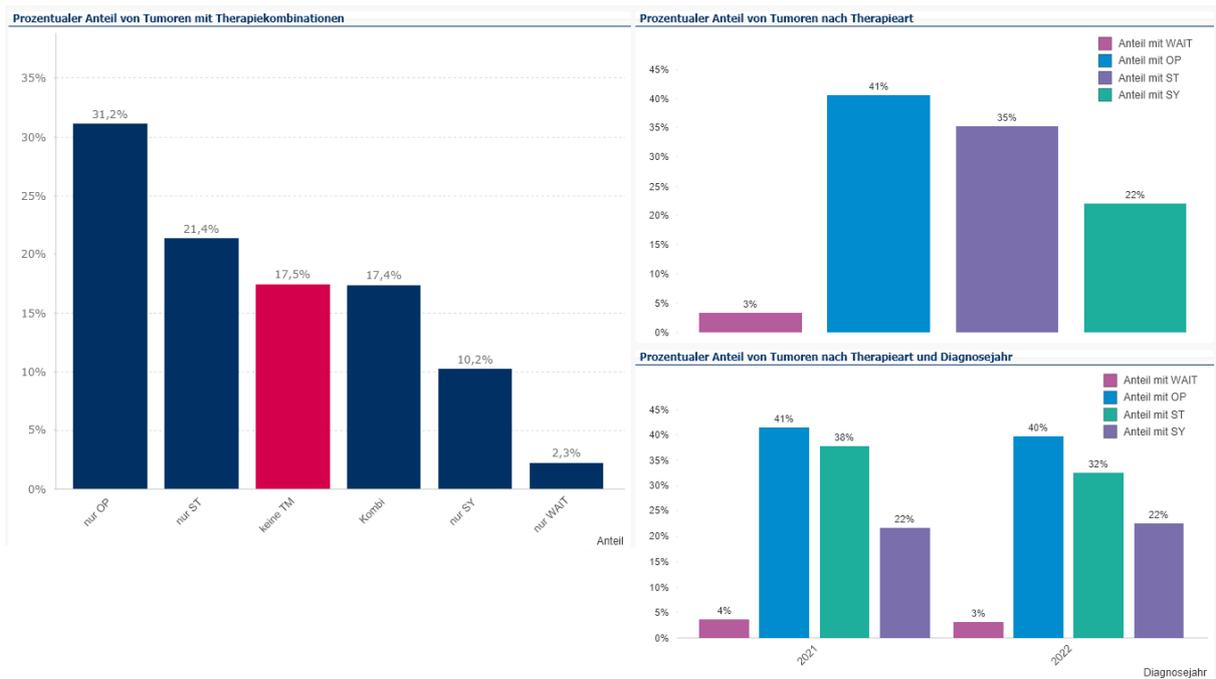


Abbildung 8: Übersicht Therapiekombinationen und Anteile von Tumoren nach Therapieart

Ohne nach Leistungserbringern zu differenzieren, wurden für knapp 18% aller Prostatakarzinome der Diagnosejahre 2021/22 keine Therapie gemeldet (Abbildung 8). Eine Operation wird für gut 30% gemeldet, eine Strahlentherapie für gut 20%, eine systemische Therapie für 10% und eine abwartende Therapie für lediglich 2%. Um den gesamten Behandlungsverlauf darstellen zu können, wären für jeden Tumor die Angaben zu durchgeführten Operationen, Strahlen-, systemischen und abwartenden Therapien notwendig – vorausgesetzt, diese wurden durchgeführt. Bisher liegen nur für etwa 17% der Prostata Tumoren mehr als eine Therapieform vor (Abbildung 8). Im zeitlichen Verlauf gab es kaum Änderungen, für 2022 wurden etwas weniger Strahlentherapien gemeldet (Abbildung 8). Der Anteil an fehlenden Therapiemeldungen hat sich vergrößert: im Jahr 2021 lag dieser bei 16%, 2022 lag dieser bei 20% (nicht in Abbildung gezeigt).

Diese Angaben zu Therapien und Tumorklassifikationen werden unter anderem benötigt, um die in den Leitlinien für Onkologie stehenden Qualitätsindikatoren (QI) für die Leistungserbringer zu berechnen. Fehlen die benötigten Angaben, kann der Tumorfall in der Berechnung entweder nicht berücksichtigt werden und fehlt in der Darstellung oder der Indikator erscheint mitunter aufgrund der fehlenden Meldungen schlechter als er in der Realität ist.

3.3 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 2 fordert, dass möglichst häufig vollständige Befundberichte nach einer Lymphadenektomie (abgebildet über eine Angabe zu pN und das Verhältnis von befallenen zu entfernten Lymphknoten) vorliegen. Für die Berechnung stehen 614 Fälle zur Verfügung, die die Nenner-Bedingung (Erstdiagnose Prostatakarzinom und Lymphadenektomie) erfüllen. Für diesen Qualitätsindikator wurden nur Leistungserbringer berücksichtigt, die eine tumorrelevante Operation durchgeführt haben (12 von 26 LE). Die Fallzahlen der Primärversorger reichen von 2 bis 138 Fällen, mit 94% im Jahr 2021 und 91% im Jahr 2022 erfüllen meisten Leistungserbringer diesen Qualitätsindikator. Es gibt größere Unterschiede unter den verschiedenen Leistungserbringer, allerdings sind auch die Fallzahlen sehr unterschiedlich (Abbildung 9).

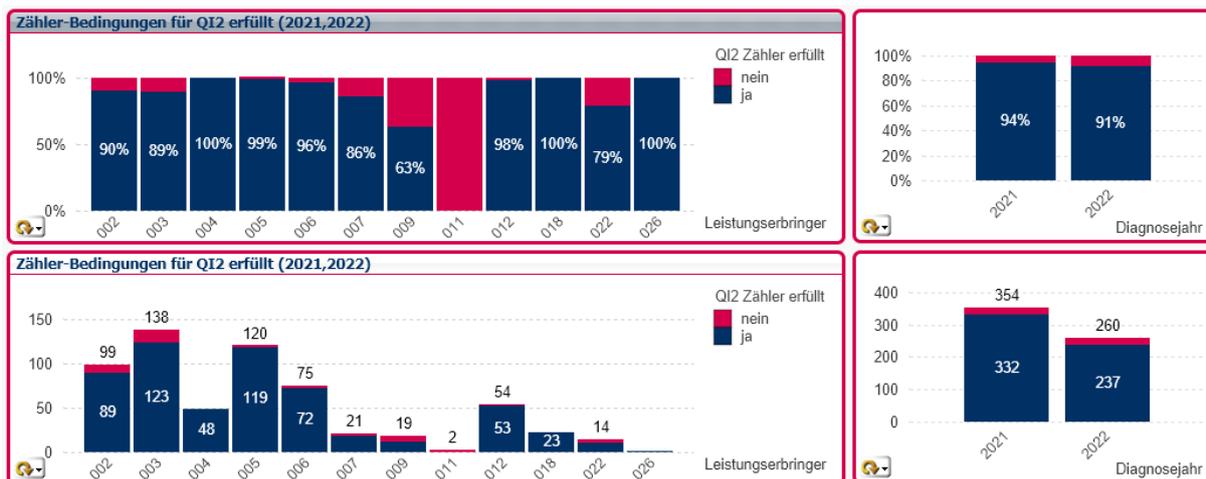


Abbildung 9: Qualitätsindikator 2: Befundbericht Lymphknoten

Qualitätsindikator 3 sieht vor, dass bei Beginn einer Active Surveillance (AS) möglichst häufig definierte Parameter (PSA-Wert $\leq 10\text{ng/ml}$ und Gleason-Score ≤ 6 und cT1 oder cT2a und Tumor in ≤ 2 Stenzen bei Entnahme von 10-12 Stenzen und $\leq 50\%$ Tumor pro Stanze vor Beginn der AS) vorliegen bzw. erfüllt werden. Die Anzahl der Fälle allgemein wird dadurch erheblich reduziert, dass die Nenner-Bedingungen (Erstdiagnose Prostatakarzinom und AS) nicht erfüllt werden. Es verbleiben 20 Leistungserbringer in der Übersicht, die den QI von 0 bis maximal 50% (allerdings ist bei diesen dann die Fallzahl im unteren einstelligen Bereich) erfüllen (Abbildung 10). Über alle Leistungserbringer wird der Qualitätsindikator im Jahr 2021 zu 12%, im Jahr 2022 mit einer leichten Steigerung zu 19% erfüllt. Allerdings ist bekannt, dass die abwartenden Therapieformen bislang sehr unvollzählig gemeldet werden und nur einen geringen Anteil unter den gemeldeten Therapien einnehmen (vgl. Abbildung 8, siehe „WAIT“).

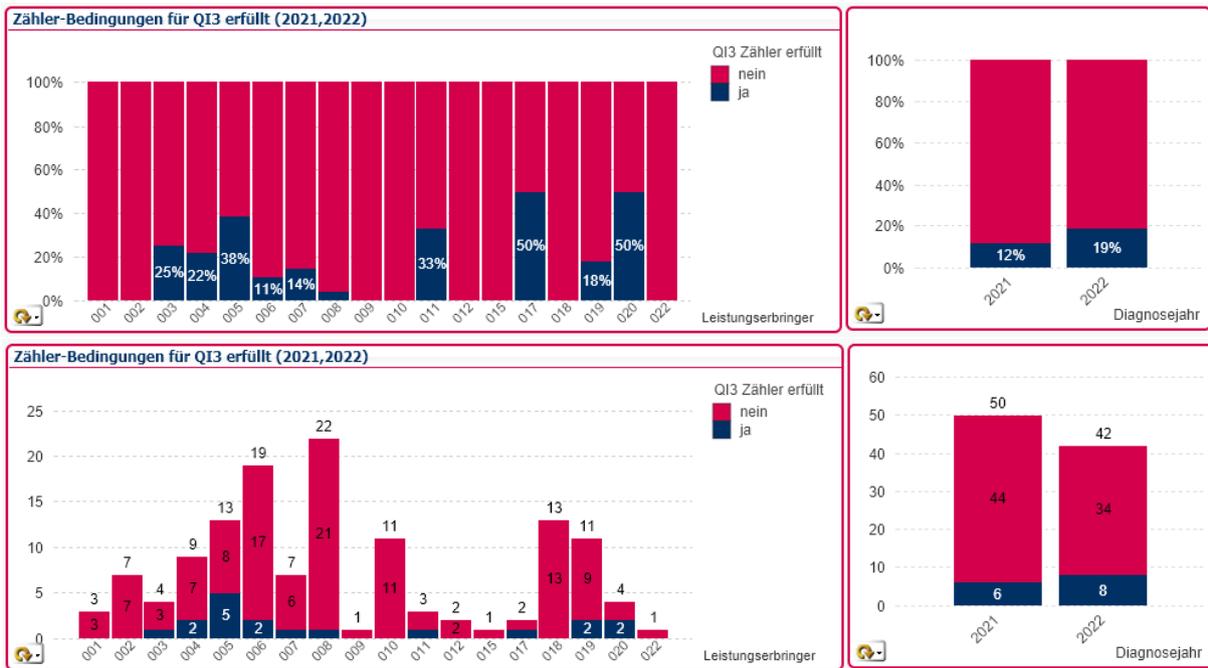


Abbildung 10: Qualitätsindikator 3: Active Surveillance

Da der Qualitätsindikator 14 thematisch anschließt, wird dieser als nächstes dargestellt. Dieser QI soll den Status Quo darstellen, wie viele Patienten bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko aktiv überwacht werden. Die Fallzahl wird wieder erheblich dadurch reduziert, dass unter anderem nur Tumore mit bestimmten zu erfüllenden Kriterien vor einer Active Surveillance die Nenner-Bedingungen erfüllen. Auch dieser Qualitätsindikator wird wie QI 3 schlecht erfüllt, die Fallzahlen der einzelnen Leistungserbringer liegen wieder nur im ein- bis unteren zweistelligen Bereich und der Erfüllungsgrad liegt zwischen 0% und maximal 50% bei Leistungserbringer 017, der allerdings nur 2 Fälle hat (Abbildung 11).

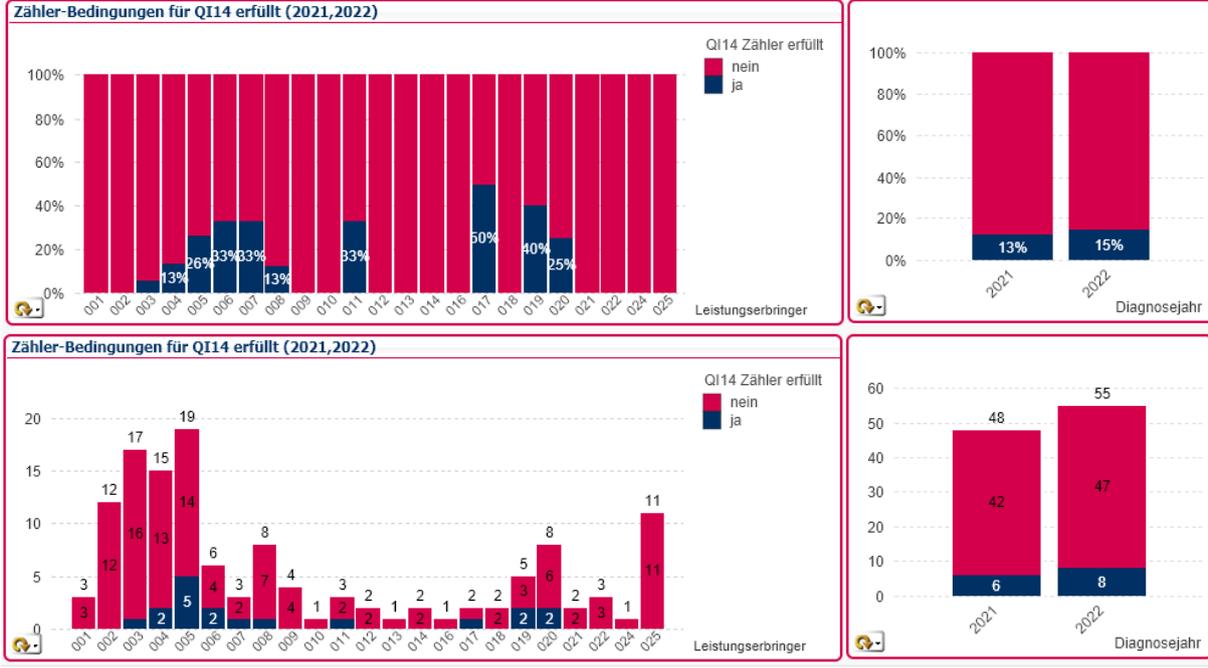


Abbildung 11: Qualitätsindikator 14: Aktive Überwachung bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko

Der nächste Qualitätsindikator (QI 4) verfolgt das Ziel, dass möglichst häufig eine hormonablative adjuvante Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit einem hohen Risiko (PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder cT = 2c) und einer perkutanen Strahlentherapie durchgeführt wird. Die Fallzahlen werden dadurch reduziert, dass die Anzahl an Tumoren mit dem T-Stadium cT2c begrenzt bzw. die Meldungen des TNM-Status unvollständig sind, ebenso wie die Angaben zum PSA-Wert und Gleason-Score aus den Therapiemeldungen. Insgesamt stehen damit lediglich 106 Fälle zur Berechnung zur Verfügung, die sich auf 20 primäre Leistungserbringer verteilen. Diese erfüllen das Qualitätsziel zwischen 0% und 100%; die Leistungserbringer mit den meisten Fallzahlen (LE001, LE004, LE005) erfüllen das Ziel zwischen 16% und 36% (Abbildung 12).

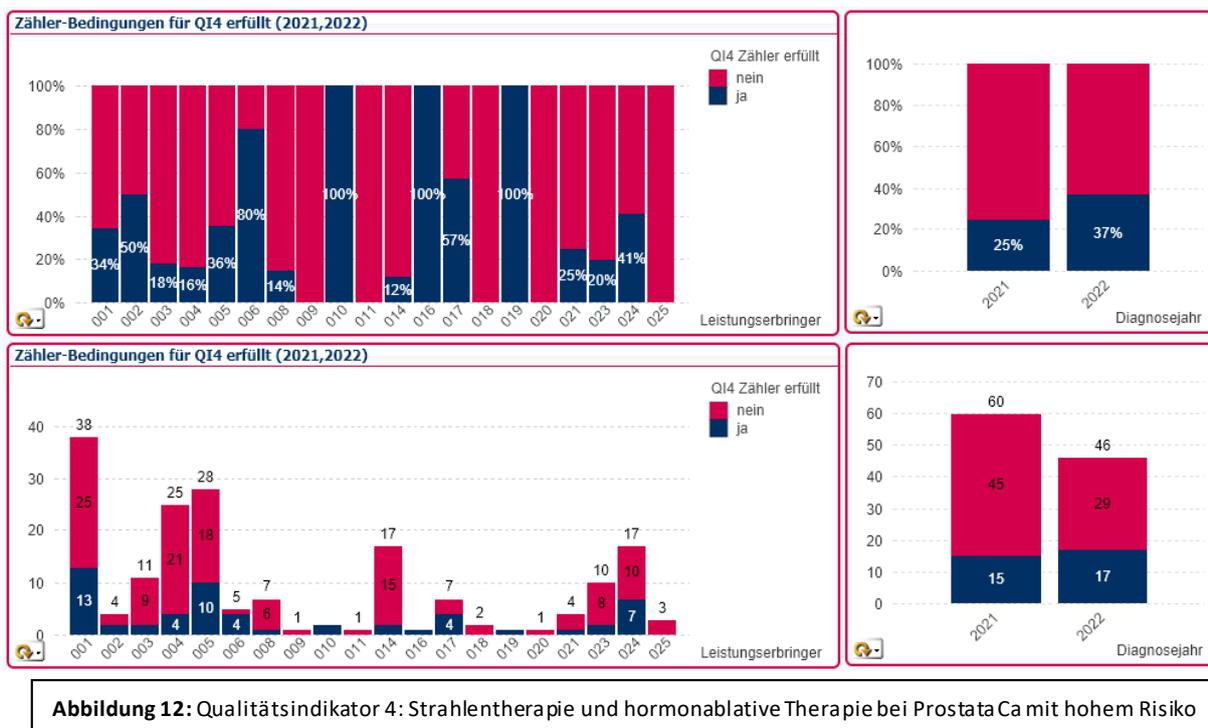


Abbildung 12: Qualitätsindikator 4: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei Prostata Ca mit hohem Risiko

Bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie (RPE) soll möglichst keine hormonablative Therapie durchgeführt werden (QI 5). 337 Fälle erfüllen die Nenner-Bedingungen und verteilen sich auf 23 primäre Leistungserbringer (3 strahlentherapeutische LE wurden von diesem QI ausgeschlossen). Ziel ist hier eine möglichst geringe Prozentzahl. Leistungserbringer 010 fällt mit einer verhältnismäßig hohen Prozentzahl von 8% auf, alle anderen Leistungserbringer erfüllen den Qualitätsindikator mit 0% bzw. einer Prozentzahl < 5% (Abbildung 13). Allerdings kann anhand der Daten nicht eindeutig festgestellt werden, ob die hormonablative Therapie tatsächlich nicht durchgeführt wurde oder Therapien nicht gemeldet wurden, da bei 18% der Prostatakarzinome keine Therapiemeldung vorliegt (vgl. Abbildung 8).

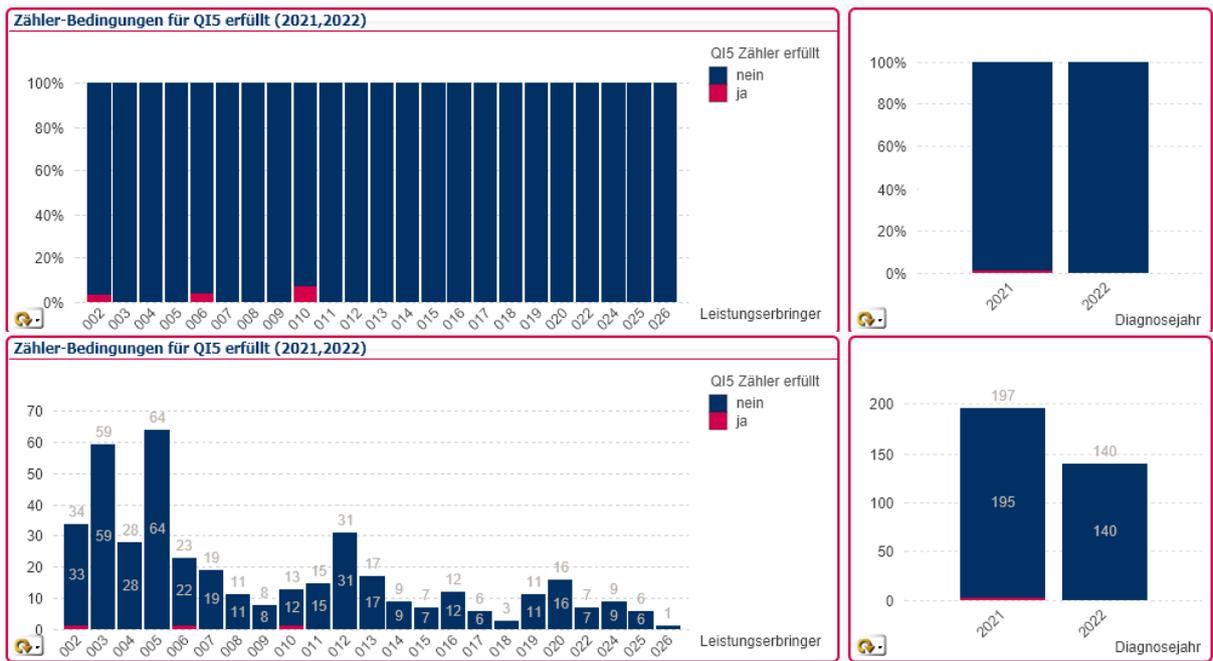


Abbildung 13: Qualitätsindikator 5: Keine hormonablative Therapie bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit RPE

Der nächste Qualitätsindikator (Q19) wertet die Rate an postoperativen Komplikationen nach einer radikalen Prostatektomie (RPE) aus. Insgesamt stehen 356 Fälle zur Verfügung, die die Nenner-Bedingungen (RPE und pT < 3, N0) erfüllen. Für die Bewertung werden nur die 10 Leistungserbringer berücksichtigt, die eine relevante Operation durchgeführt haben. Der QI wird überwiegend gut erfüllt, nur zwei Leistungserbringer (LE004 und LE006) fallen mit 7 bzw. 4% auf, eine klinische Bewertung der einzelnen Fälle ist allerdings im Rahmen des Qualitätsberichts nicht möglich bzw. vorgesehen (Abbildung 14).

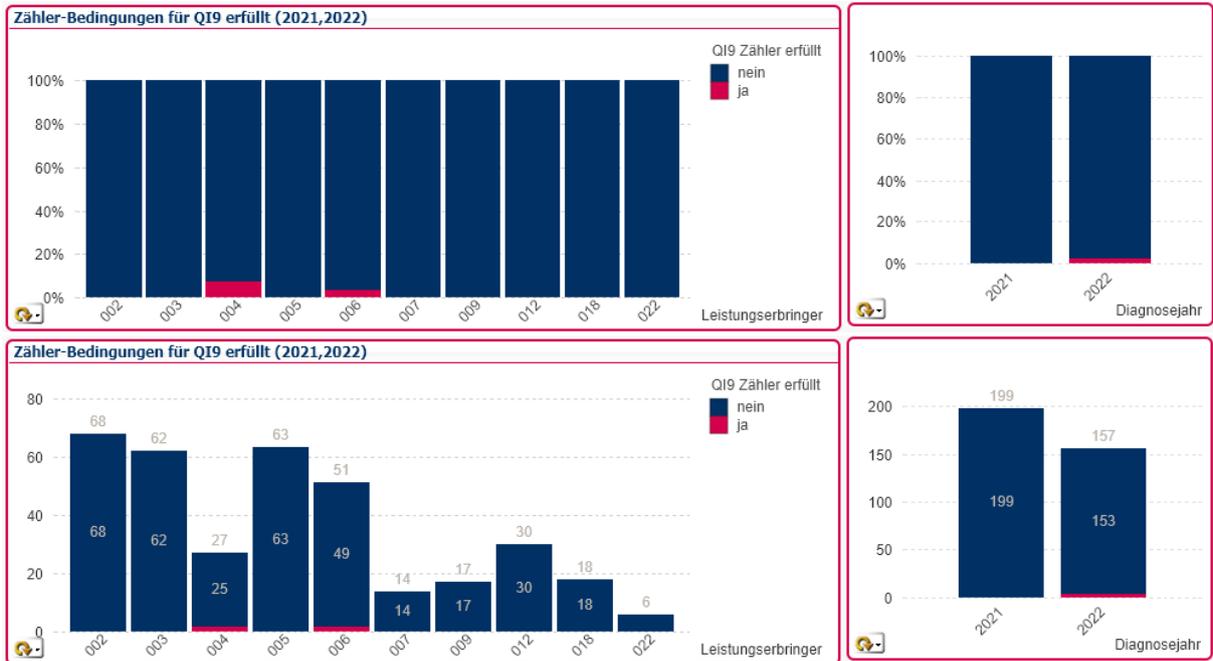


Abbildung 14: Qualitätsindikator 9: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie

3.4 Versorgungsindikatoren

Neben den klassischen Qualitätsindikatoren wurden Versorgungsindikatoren (VI) definiert, die auf weniger spezifische Angaben zurückgreifen und somit besser zu berechnen sind. Im folgenden Teil wird die Auswertung dieser Qualitäts- und Versorgungsindikatoren nach Leistungserbringer differenziert dargestellt.

Der erste Versorgungsindikator (VI1) betrachtet den Anteil an laparoskopischen Zugängen bei einer Prostatektomie. Für diesen Indikator stehen 529 Fälle zur Verfügung, bei denen eine Prostatektomie durch einen primären Leistungserbringer durchgeführt wurde. Etwas weniger als die Hälfte der Operationen (n = 214) wurde laparoskopisch durchgeführt, diese Operationstechnik konzentrierte sich allerdings auf 4 der primären Leistungserbringer in Schleswig-Holstein, die zu den größeren Einrichtungen gehören und von denen zwei Prostatazentren sind (Abbildung 15). Für den Deutschen Krebskongress 2024 (DKK) wurden einige Versorgungsindikatoren für den Zeitraum 2019 bis 2021 bei den Bundesländern berechnet, die an der Auswertung teilnehmen wollten (n = 11). Wird die Rate an laparoskopischen Zugängen zwischen diesen Bundesländern verglichen, liegt Schleswig-Holstein mit etwas über 40% unter dem Durchschnitt (Abbildung 15).



Abbildung 15: Versorgungsindikator 1: Laparoskopischer Zugang bei Prostatektomie

Der nächste Versorgungsindikator (VI2) berechnet den Anteil an gefäß- bzw. nerverhaltenden Prostatektomien, welche gerade für die Patientenzufriedenheit von hoher Bedeutung ist. Für die Berechnung stehen wie bei VI 1 529 Fälle zur Verfügung, bei denen von 12 primären Leistungserbringern die relevante Operation durchgeführt wurde. Die Mehrzahl der

Operationen (n = 276) konnte gefäß- bzw. nerverhaltend durchgeführt werden, der prozentuale Anteil zeigt unter den Leistungserbringern ein heterogenes Bild. Der Anteil schwankt zwischen 20 und 100%, wobei letztere von einer Einrichtung erreicht wird, die nur einen Fall hatte. Da die Fallzahlen recht unterschiedlich sind, lässt sich schwer einschätzen, ob es einen Zusammenhang zwischen einer höheren Fallzahl und einem höheren Anteil an gefäß- bzw. nerverhaltenden Operationen gibt (Abbildung 16). Im Vergleich zwischen den an der Auswertung für den DKK teilnehmenden Bundesländern entspricht der Anteil in Schleswig-Holstein in etwa dem Durchschnitt der Bundesländer (Abbildung 16).



Abbildung 16: Versorgungsindikator 2: Gefäß- bzw. Nerverhalt bei Prostatektomie

Der letzte hier gezeigte Versorgungsindikator (VI 4) wertet den Anteil eines freien Schnittrandes (R0) nach einer Prostatektomie oder Zystektomie bei Patienten mit einem Karzinom pT2 c/pN0/X ohne Metastasen aus. 364 relevante Operationen wurden von 11 primären Leistungserbringern durchgeführt. Der Anteil bewegt sich zwischen 0 und 100%, wobei die beiden Leistungserbringer mit exakt diesem Anteil Fallzahlen im einstelligen Bereich aufweisen. Die Leistungserbringer mit Fallzahlen > 50 haben Anteile von R0 zwischen 74% und 89%. Vom Jahr 2021 auf 2022 ist ein leichter Rückgang von 87% auf 83% zu bemerken; ob dies ein klinisch relevantes Ergebnis ist, lässt sich anhand dieser Darstellung nicht sagen. Ein Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt deutlich, dass es bei diesem Versorgungsindikator keine großen Unterschiede gibt, der geringste Anteil liegt bei knapp 80%, der höchste bei über 95%. Die restlichen Ergebnisse bewegen sich zwischen 80% und 90%, so auch in Schleswig-Holstein, das mit seinem Ergebnis etwa dem Durchschnitt entspricht (Abbildung 17).



Abbildung 17: Versorgungsindikator 4: Resektionsergebnis bei Prostatakarzinomen (y)pT2, c/pN0/X, M0

4 Zusammenfassende Bewertung

Einige Qualitätsindikatoren weisen bereits auf eine gute Versorgungsqualität hin. Immer dann, wenn ein Leistungserbringer die Daten in der eigenen Hand hält zeigt sich eine vergleichsweise gute Qualität.

Für Indikatoren, für die das Zusammenspiel mehrerer Leistungserbringer erforderlich ist, zeigen sich große Unterschiede hier scheint es deutliche Defizite zu geben. Hier liegt die Vermutung nahe, dass es bei der sektorenübergreifenden Dokumentation noch Lücken gibt. Dabei ist nur schwer abzuschätzen, ob es sich ausschließlich um Datenlücken oder um Defizite in der Versorgung handelt. Für eine realistische Berechnung aller Qualitätsindikatoren ist das Krebsregister auf vollzählige und vollständige Meldungen aller Leistungserbringer angewiesen.

Die Versorgungsindikatoren erzielen dadurch höhere Fallzahlen, dass weniger spezifische Angaben benötigt werden und dadurch mehr Fälle zur Verfügung stehen. Die weniger spezifischen Versorgungsindikatoren erlauben einen allgemeineren Blick auf die onkologische Versorgung. Die mit der geringeren Spezifität einhergehende höheren Fallzahlen führen zu stabileren Ergebnissen, die eine Diskussion über mögliche Versorgungsdefizite anregen können. Dabei ist der nationale Vergleich eine gute Gelegenheit über das eigene Bundesland hinauszuschauen.