

# Bericht aus der Vertrauensstelle

Qualitätskonferenz Prostata, 07. Oktober 2026

Mirja Wendelken



Vertrauensstelle  
des Krebsregisters

BEI DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

# Themen

---

*Ein Register lebt von der Vollzähligkeit, Vollständigkeit  
und der Qualität seiner Daten!*



## Wie kann die Dokumentations- bzw. Datenqualität weiter gesteigert werden?

1. Korrekturanforderungen des KRSH an die Melder
2. Bereiche mit Verbesserungspotential
3. Meldungen zu abwartenden Therapien

# 1. Korrekturanforderungen

---

- Meldungen, die nach 3 Monaten nicht korrigiert sind,
  - gehen entweder „unplausibel“ an die Registerstelle weiter und werden nicht vergütet
  - oder werden endgültig abgelehnt und fehlen somit u. a.
    - für die Vollzähligkeit des Registers
    - für Auswertungen und Qualitätskonferenzen
    - für die Meldestellenbezogene Feedbackberichte
    - als „Primärfall“ für die Anerkennung als onkol. Zentrum (§ 136c Absatz 5 SGB V) im Rahmen der Krankenhausplanung
- Derzeit gut 2.000 Meldungen mit offenen Korrekturanfragen



# 1. Korrekturanforderungen

**Krebsregister SH**

Status der letzten Übermittlung:  
Abgeschlossen (verarbeitet)

 Status des letzten Meldungsimports:  
Abgeschlossen

 120 Minuten

 **Vanessa S.**  
Melder-ID: 92080080  
Meldende Einrichtung: imland Klinik Rendsburg

ÜbersichtMeldungenNachrichtenDatenrückmeldungHilfe

## Meldungspaket hochladen

Meldungsrelevante Tumorfälle können Sie mit Hilfe Ihrer OBDS-Datei in das Melderportal hochladen. Das System verschlüsselt diese Datei. Anschließend können Sie dieses Paket an das Krebsregister übermitteln.

Die aktuell unterstützte OBDS-Version ist 3.0.2 vom 07.12.2023, 3.0.3 vom 17.01.2025

[OBDS-Datei verarbeiten](#)

## Tumorhistorie aufrufen

Bitte geben Sie die Patientenidentifikationsnummer aus Ihrem System als Patienten-ID des Patienten ein, zu dem Sie eine neue Meldung erfassen bzw. eine Meldung suchen möchten.

externe Patienten-ID eingeben

bearbeiten

### Meine Meldungen

**Unvollständige Meldungen**  
Es sind nicht alle Pflichtangaben enthalten. Eine Übermittlung an das Landeskrebsregister ist nicht möglich.

**Meldungen übermitteln**  
Die vollständig erfassten Meldungen, die den Status 'Gültig' haben, können an das Landeskrebsregister übermittelt werden.

**Gesperrte Meldungen**  
Meldungen, die von Ihrer Seite zurückgehalten werden.

### Mein Postfach

**Neue Nachrichten**

**Korrekturanforderungen**  
Meldungen, die vom Register als zu korrigierende Meldungen markiert wurden.

**Patientenkorrekturen**  
Meldungen, die vom Register als zu korrigierende Patientendaten markiert wurden.

**Neue bereitgestellte Dokumente**  
Dokumente, die vom Register zum Download bereitgestellt wurden.

# 1. Korrekturanforderungen

- Nachfrage zu klinischen Angaben = Korrekturanforderungen

The screenshot displays two overlapping windows from a medical reporting application. The top window, titled 'Meldungen mit Korrekturanforderungen', shows a list of reports requiring clinical corrections. The bottom window, titled 'Patientenkorrekturen', shows a list of patient data corrections.

**Top Window: Meldungen mit Korrekturanforderungen**

Navigation: Meldungen, Nachrichten, Datenrückmeldung, Hilfe

Left sidebar: Externe Patienten-ID, Meldung-ID, Melder

Table:

| Externe Patienten-ID | Art             | Meldungsdaten | Patientendaten | Übermittelt am   | Abgelehnt am     | Hinweis zur Korrekturanforderung                             |
|----------------------|-----------------|---------------|----------------|------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|
| P_W_123              | Pathomeldung    | ✓             | ☐              | 28.01.2025 15:57 | 28.01.2025 16:01 | Bitte ergänzen Sie den TNM                                   |
| 1247892020           | Therapiemeldung | ✓             | ☐              | 22.07.2020 07:57 | 15.03.2021 09:38 | bitte geben Sie die Seitenangabe an                          |
| 21abcd21             | Therapiemeldung | ✓             | ☐              | 12.07.2018 10:52 | 15.03.2021 09:38 | bitte prüfen Sie die Therapiedaten                           |
| 0002097004           | Verlaufsmeldung | ✓             | ☐              | 05.09.2016 14:43 | 28.11.2016 16:29 | IK-Nummer fehlt. Bitte nachtragen, da sonst keine Vergütung. |

**Bottom Window: Patientenkorrekturen**

Navigation: Meldungen, Nachrichten, Datenrückmeldung, Hilfe

Left sidebar: Externe Patienten-ID

Table:

| Externe Patienten-ID | Art          | Übermittelt am   | Abgelehnt am     | Fehler | Warnungen | Hinweis zur Korrekturanforderung          |
|----------------------|--------------|------------------|------------------|--------|-----------|-------------------------------------------|
| P_W_123              | Todesmeldung | 28.01.2025 15:57 | 28.01.2025 16:01 |        |           | Bitte ergänzen Sie die Versichertennummer |

- Nachfrage zu Personenangaben = Patientenkorrekturen

# 1. Häufige Korrekturanforderungen (Urologie)

## Personendaten:



ChatGPT (Open AI), 05.10.2026

- Versichertenangaben: IK-Nummer oder Versicherten-Nr. fehlend oder falsch
- Vor- und Nachname vertauscht
- Adresse unvollständig/fehlerhaft
- Geburtsdatum abweichend zu anderen Meldungen
- Vorname und Geschlecht unstimmtig

### **Folgen:**

- *Patientenzuordnung im Register erschwert/unmöglich*
- *Krankenkasse „kennt“ die Person so nicht => keine Abrechnung der Meldevergütung (und der Registerpauschale)!*



# 1. Häufige Korrekturanforderungen (Urologie)

## Klinische Angaben:

### Diagnose-Meldungen:

- ▶ TNM unvollständig/fehlend/falsch (z.B. M0 fehlt)
- ▶ Histologie fehlend
- ▶ Histologie und Diagnose-Code unstimmgig:  
Histologie wird mit /2 als nicht invasiv verschlüsselt, aber es wird ein invasiver Tumor, z.B. C61 angegeben!  
z.B. C 61 mit 8140/2 (Adenocarcinoma in situ o.n.A.)  
=> ggf. auf D07.5 (Carcinoma in situ der sonstigen und nicht näher bezeichneten männlichen Genitalorgane) umkodieren
- ▶ Diagnosesicherung fehlend oder falsch (klinisch, obwohl Histologie-Code angegeben)
- ▶ ...

### Therapie-Meldungen:

- ▶ OP: Residualklassifikation (lokal) fehlt/X od. U
- ▶ Histologie und Diagnose-Code unstimmgig (s. Diagnose-Meldung)
- ▶ OP: TNM nicht gesetzt oder unvollständig (z.B. M0 fehlt)
- ▶ Seitenangabe (Tumorangaben) fehlt
- ▶ ...

### Verlaufsmeldungen/Statusänderung:

- ▶ Follow Up ohne Änderung = unzulässiger Meldeanlass (Statusmeldung)
- ▶ Unstimmgigkeiten Tumorausbreitung  
z.B. bei „Gesamt“ Rezidiv angegeben, aber bei den lokalen Ausbreitungen „nichts nachweisbar“
- ▶ Unstimmgigkeiten bzgl. Metastasen:  
Bei Tumorstatus Fernmetastasen „neu aufgetretene Metastasen“ angegeben, aber im Bereich Metastase keine Angabe zur Lokalisation und zum Datum
- ▶ ...

## 2. Bereiche mit Verbesserungspotential

---

1. Allgemeiner Leistungszustand
2. Modul Prostata
3. Tumorkonferenzen:
  - Therapieempfehlung
  - Abweichung Patientenwunsch

...

## 2. Bereiche mit Verbesserungspotential

### 1. Allgemeiner Leistungszustand nach ECOG oder Karnofsky

- bezieht sich auf die allgemeine körperliche Verfassung und den Funktionsstatus der Patientin / des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung und
- Bewertung erfolgt entweder mit der ECOG-Performance-Status-Skala (Eastern Cooperative Oncology Group) oder der Karnofsky-Performance-Status-Skala.
- Warum?
  - maßgeblich für die Beurteilung der Prognose und die Planung von therapeutischen Maßnahmen.
  - Rolle in den S3-Leitlinien und den Qualitätsindikatoren
- Wo?
  - Diagnosemeldungen und Statusänderungen (verpflichtende Angabe)
- Wie?
  - Merkmal „Allgemeiner Leistungszustand“ mit den Ausprägungen 0-4 und U (ECOG bzw. Karnofsky)

0 = normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung (ECOG) / (90 – 100 % nach Karnofsky)

1 = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich (ECOG) / (70 – 80 % nach Karnofsky)

2 = gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen (ECOG) / (50 – 60 % nach Karnofsky)

3 = nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden (ECOG) / (30 – 40 % nach Karnofsky)

4 = völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden (ECOG) / (10 – 20 % nach Karnofsky)

U = unbekannt

Alle Fälle auf „Unbekannt“ zu setzen ist wenig hilfreich ;-)

# Modul Prostata

---

- Seit XML 2.0.0 (Dez. 2017) im KRSH im Einsatz
- Welche ICD-10-Codes?
  - C61
  - D07.5 Hochgradige intraepitheliale Neoplasie der Prostata [III]
  - D40.0 Neubildung unsicheren/unbekannten Verhaltens der männl. Geschlechtsorgane
- Bei welchen Meldeanlässen/Meldungstypen?
  - Diagnose-Meldung (prätherapeutische Inhalte)
  - Pathologie-Meldungen
  - OP-Meldungen (GleasonScore)
  - Statusänderung (z.B. PSA bei Progress oder Tumorfreiheit)

# Modul Prostata

|    | Feldbezeichnung    | Definition oBDS                                                                                                                                                                              | Ausprägungen/Anmerkungen                                                                                                                                                                                         | Begründung oBDS                                                       |
|----|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| P1 | Gleason-Score      | Der Wert des Gleason-Scores wird als Summe aus primärem und sekundärem Muster angegeben:<br>„Primärer Gleason-Grad (N) + Sekundärer Gleason-Grad (M) = Gleason-Score (mod. nach ISUP 2005).“ | N + M = Summe; z. B. „5 + 3 = 8“<br>N, M zw. 1 und 5<br>Wenn nur die Summe bekannt ist, diese dokumentieren: „x + y = 8“                                                                                         | Malignitätskriterium, therapieentscheidend<br><br>QI 1 der Leitlinie* |
| P2 | Anlass Gleason     | Gibt den Anlass der Bestimmung des Gleason-Scores an, entweder aufgrund einer Operation (OP (auch nach TUR-P)) oder einer Stanze (S).                                                        | O = OP<br>S = Stanze<br>U = Unbekannt<br><br>U (Unbekannt): Falls es aufgrund fehlender oder unvollständiger Informationen keine klare Zuordnung gibt. Das sollte jedoch nie oder nur sehr selten der Fall sein. | Malignitätskriterium, therapieentscheidend<br><br>QI 1 der Leitlinie* |
| P3 | Datum der Stanze   | Gibt das (exakte) Datum der Entnahme der Stenzen an.                                                                                                                                         | TT.MM.JJJJ                                                                                                                                                                                                       | QI 1 der Leitlinie*                                                   |
| P4 | Anzahl der Stenzen | Rezeptorstatus Positiv/Negativ (gemäß immunreaktiven Scores nach Leitlinie)                                                                                                                  | Natürliche Zahl<br><br>Diese Zahl muss mindestens so groß sein wie die Anzahl der positiven Stenzen (P5), da nicht mehr Stenzen als "positiv" bewertet werden können, als insgesamt entnommen wurden.            | QI 1 der Leitlinie*                                                   |

Diagnose-Meldung  
OP-M.  
Patho-M.

Statusänderung

Diagnose-Meldung  
Patho-M.  
Statusänderung

# Modul Prostata

|    | Feldbezeichnung              | Definition oBDS                                                                                                                                                                                                  | Ausprägungen/Anmerkungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Begründung oBDS      |
|----|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| P5 | Anzahl der positiven Stanzen | Gibt die Anzahl der positiven Stanzen an, die aus der Gesamtzahl der entnommenen Stanzen (P4) resultieren.                                                                                                       | <p>natürliche Zahl, einschließlich Null</p> <p>Der Wert der positiven Stanzen darf die Anzahl der entnommenen Stanzen nicht überschreiten.</p>                                                                                                                                                                                            |                      |
| P6 | Ca- Befall Stanze            | Gibt die semiquantitative Abschätzung des Prozentsatzes der Gesamtkarzinomfläche zur Gesamtfläche des Stanzzyinders an, der am stärksten befallenen Stanze in Prozent.                                           | <p>natürliche Zahl in %<br/>U = unbekannt</p> <p>Semiquantitativ bedeutet, dass der Prozentsatz des Karzinombefalls in der Stanze grob eingeschätzt wird, ohne genaue quantitative Messungen vorzunehmen. Diese Schätzung erfolgt typischerweise visuell und anhand der Sichtbarkeit des Tumorgewebes innerhalb des Stanzenmaterials.</p> |                      |
| P7 | PSA-Wert                     | Gibt den PSA-Wert an, der für die Entscheidung über weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen relevant war, z. B. als Auslöser für eine Stanzbiopsie, Operation oder andere weiterführende Diagnostik. | <p>Fließkommzahl in ng/ml</p> <p>Der dokumentierte PSA-Wert sollte den Zeitraum unmittelbar vor der Entscheidung abbilden oder den zuletzt bekannten Wert, der die klinische Einschätzung maßgeblich geprägt hat.</p>                                                                                                                     | QI 13 der Leitlinie* |
| P8 | Datum PSA-Wert               | Gibt das (exakte) Datum der Blutentnahme zur PSA-Bestimmung an.                                                                                                                                                  | TT.MM.JJJJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | QI 13 der Leitlinie* |

Diagnose-Meldung  
Patho-M.  
Statusänderung

Diagnose-Meldung  
Statusänderung

\*) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 8.1, AWMF-Register-Nummer: 043-022OL, Stand: August 2025

# Modul Prostata

|    | Feldbezeichnung              | Definition oBDS                                                                                                                                                                                                                    | Ausprägungen/Anmerkungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Begründung oBDS                                                       |
|----|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| P9 | Postoperative Komplikationen | Dient der Erfassung und Einordnung von postoperativen Komplikationen. Es wird erfasst, <b>ob Komplikationen des Clavien-Dindo Grades III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie aufgetreten sind.</b> | <p>J = Ja<br/>N = keine oder höchstens Grad II<br/>U = Unbekannt</p> <p>Ja: Wenn Komplikationen der Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie aufgetreten sind.</p> <p>Nein: Wenn keine oder nur Komplikationen der Grade I oder II aufgetreten sind.</p> <p>Der Status „Unbekannt“ (U) wird verwendet, wenn entweder keine ausreichenden Informationen vorliegen, um eine präzise Einstufung der Komplikationen vorzunehmen, die Komplikationen nicht dokumentiert wurden oder diese erst zu einem späteren Zeitpunkt nach der Operation auftreten.</p> <p>Hinweis: Postoperative Komplikationen werden in erster Linie über den Meldeanlass Operation erwartet. Dieses Feld ist in Kombination mit dem Komplikationsfeld des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (oBDS) zu bewerten. Wird die Komplikation jedoch außerhalb der operierenden Einrichtung erkannt bzw. behandelt, kann die Übermittlung auch innerhalb einer Verlaufsmeldung erfolgen</p> | <p>QI 9 der Leitlinie*</p> <div> OP-Meldung<br/>Statusänderung </div> |

## 2. Bereiche mit Verbesserungspotential

### 4. Tumorkonferenzen:

Neuere Items (ab oBDS 3.0) ausfüllen:

- Therapieempfehlung:

- Hier sollen **alle Therapien** angegeben werden, die sich aus der Tumorkonferenz/Therapieplanung als Empfehlung ergeben. Die letztendliche Umsetzung der Empfehlung hat keinen Einfluss auf die Angaben.

CH = Chemotherapie

HO = Hormontherapie

IM = Immun-/Antikörpertherapie

ZS = zielgerichtete Substanz

SZ = Stammzelltransplantation inkl. Knochenmarktransplantation

CI = Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie

CZ = Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen

CIZ = Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

IZ = Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

WW = Watchful Waiting

AS = Active Surveillance

WS = Wait and See

OP = Operation

ST = Strahlentherapie

SO = Sonstiges

**KW = keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen**

- Die Ausprägung "keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen" (KW) soll angegeben werden, wenn keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen wird, der Patient aber z.B. im Rahmen der **Nachsorge Best Supportive Care (BSC)\*** weiterbetreut wird.

\* Linderung von Symptomen (wie Schmerzen, Atemnot) und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität; häufig am Lebensende

## 2. Bereiche mit Verbesserungspotential

---

### 4. Tumorkonferenzen:

- Abweichung Patientenwunsch
  - Wird auf Wunsch des Patienten von den Therapieempfehlungen abgewichen?
  - Ausprägungen: J = Ja // N = Nein // U = unbekannt
  - Das Feld bezieht sich auf die Empfehlung insgesamt. Wird die getroffene Empfehlung im Nachgespräch nach der Tumorkonferenz bzw. in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang ganz oder teilweise von der Patientin bzw. dem Patienten abgelehnt, ist "Ja" anzugeben. Basiert die Abweichung von der Therapieempfehlung auf anderen Gründen, so ist "Nein" anzugeben.

### 3. Abwartende Therapien/BSC

---

- Sind abwartende Therapien und Best Supportive Care zu melden?
  - => **Ja!**
  - **Best Supportive Care\*** (nur) über die **Tumorkonferenz**
    - (Therapieplanung: „KW = keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen“)
  - **Abwartende Therapien** über den Meldungstyp „**Systemische Therapie**“
    - Item „Art der system. oder abwartenden Therapie“  
Ausprägungen:  
CH = Chemotherapie, HO = Hormontherapie, IM = Immun-/Antikörpertherapie, ...,  
WW = Watchful Waiting, AS = Active Surveillance, WS = Wait and See

\* Linderung von Symptomen (wie Schmerzen, Atemnot) und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität; häufig am Lebensende

### 3. Abwartende Therapien

- Bislang existiert keine einheitliche, allgemeingültige Definition der verschiedenen Konzepte
- Hilfestellung für die korrekte Zuordnung abwartender Therapien im Rahmen der Krebsregistrierung anhand von Beispielen aus S3- und S2k-Leitlinien:

| Abwartende Therapie             | Beispielhafte Beschreibung basierend auf S3-Leitlinien                                                                                                                                           |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Active Surveillance (AS)</b> | Kuratives Therapiekonzept mit engmaschiger Kontrolle vor einer kurativ intendierten Therapie (z. B. S3-Leitlinie Prostatakarzinom)                                                               |
| <b>Wait and See (WS)</b>        | Kuratives Therapiekonzept nach neoadjuvanter Therapie, wenn zunächst auf eine nachfolgend intendierte Operation verzichtet wird (z. B. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom)                       |
| <b>Watchful Waiting (WW)</b>    | Palliatives Therapiekonzept mit langfristiger Beobachtung und symptomorientierter Therapie, wenn gegen eine kurativ intendierte Therapie entschieden wurde (z. B. S3-Leitlinie Prostatakarzinom) |

- Für die Auswertungen der Krebsregister ist letztlich entscheidend, dass eine abwartende Therapie überhaupt erfasst wird und mit welcher Intention sie geplant wurde.
- Abwartende Therapien daher nicht mit der Therapieart "Sonstiges" melden
- Beginn und Ende sind zu melden!

---

- Ende -

Danke, dass Sie das Krebsregister SH unterstützen!

Bei Fragen zu den Meldungen unterstützt Sie Ihre Vertrauensstelle:

Tel. 04551 803 865

# Qualitätskonferenz Prostatakrebs, 07.10.2026

## Sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ des G-BA

# QS-Verfahren des G-BA

Gesetzliche Grundlage der Qualitätssicherung

**§§ 136, 136a SGB V**

„Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)**  
bestimmt (...) die verpflichtenden  
**Maßnahmen der Qualitätssicherung ..“**

# QS-Verfahren des G-BA

Gesetzliche Grundlage der Qualitätssicherung

## Ziele

- Information der Öffentlichkeit
- Erhöhung der Transparenz
- Erhöhung der Versorgungsqualität

# QS-Verfahren des G-BA

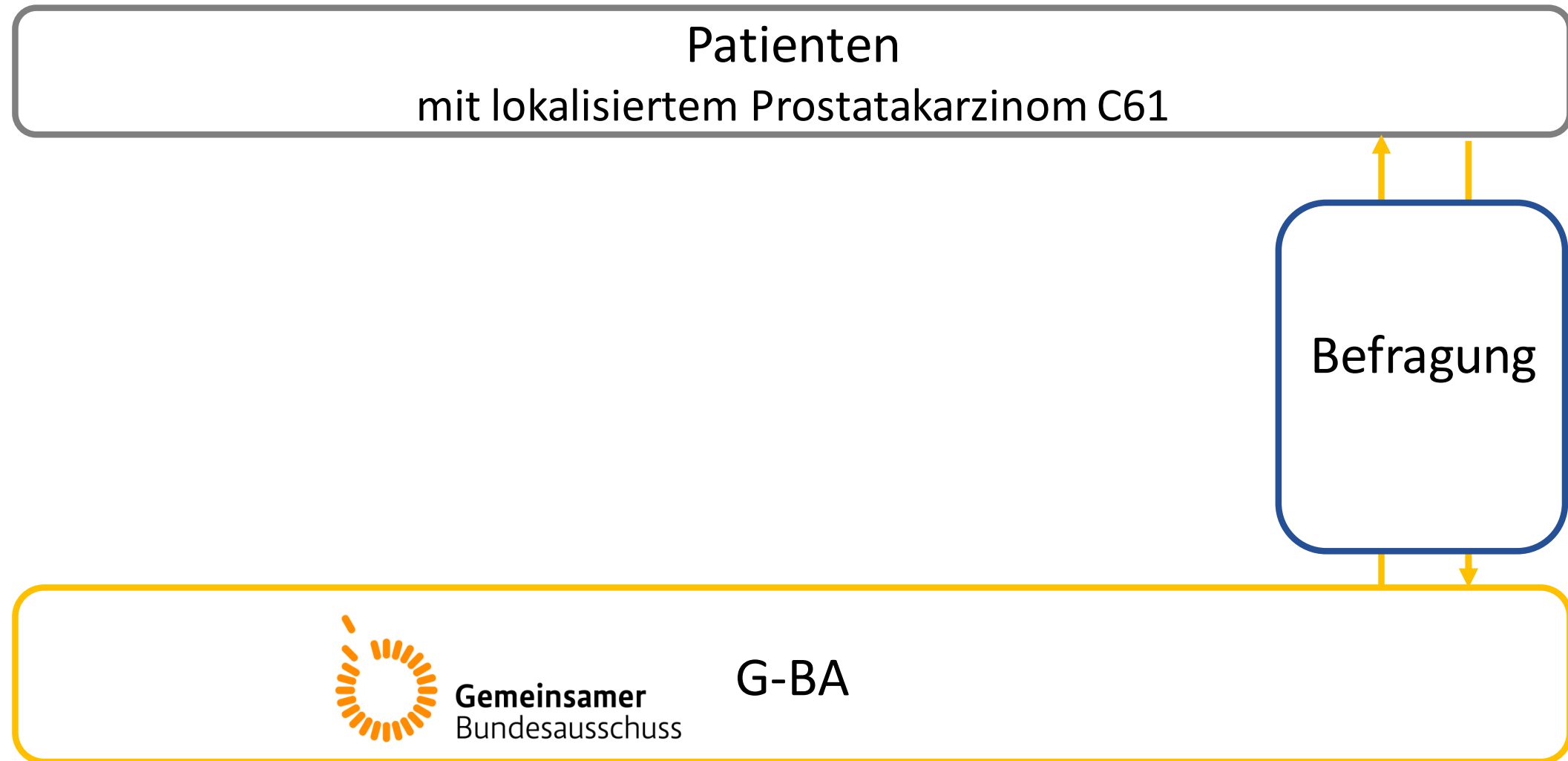
Gesetzliche Grundlage der Qualitätssicherung

## Inhalte der Prüfung

- alle Patienten mit lokal begrenztem Prostata-Ca
- Versorgung:
  - vertragsärztliche Versorgung
  - Krankenhäuser
- sektorenübergreifende
- einrichtungsbezogene Auswertung

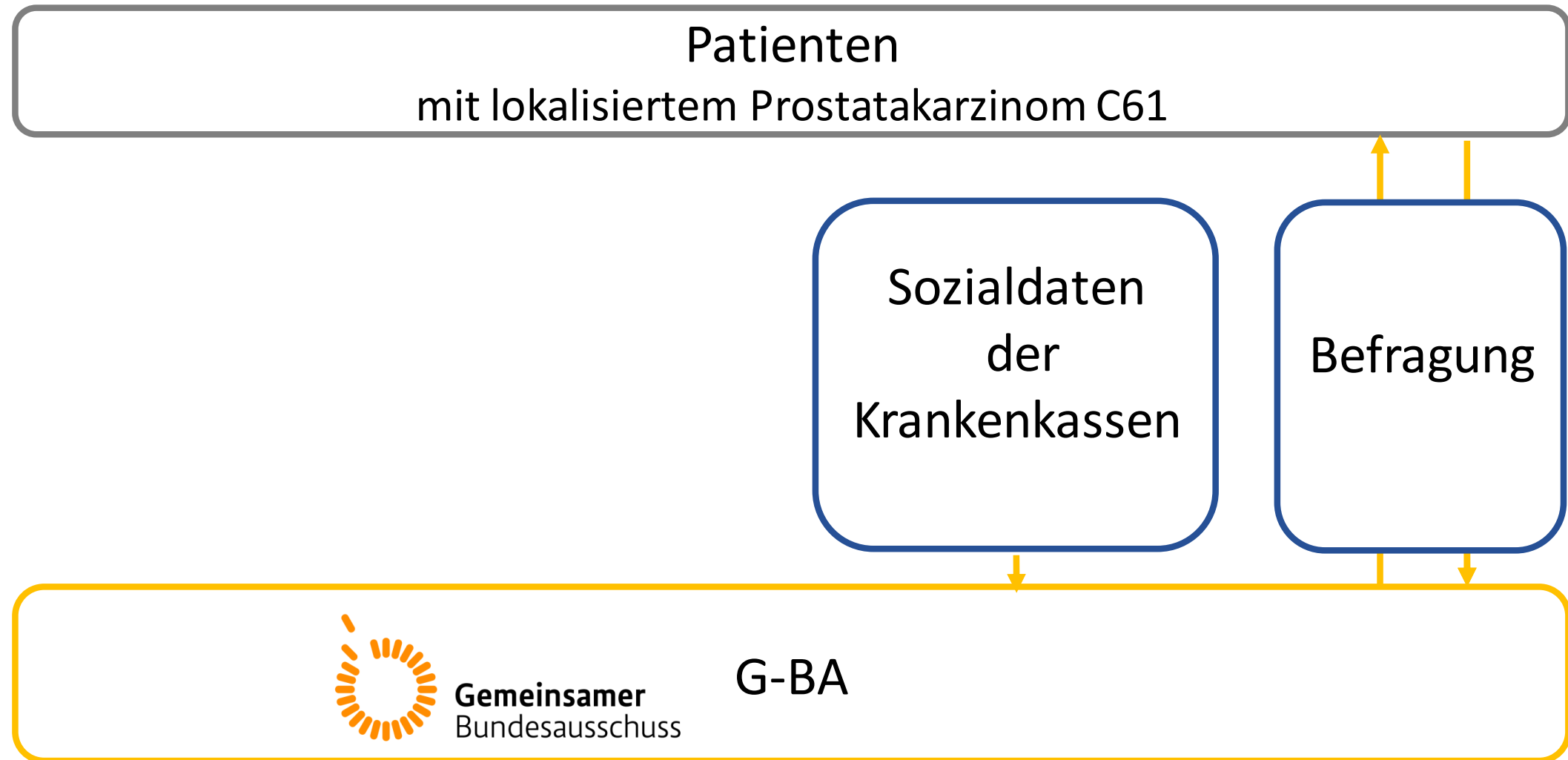
# QS-Verfahren des G-BA

Datenquellen für die öffentliche Berichterstattung



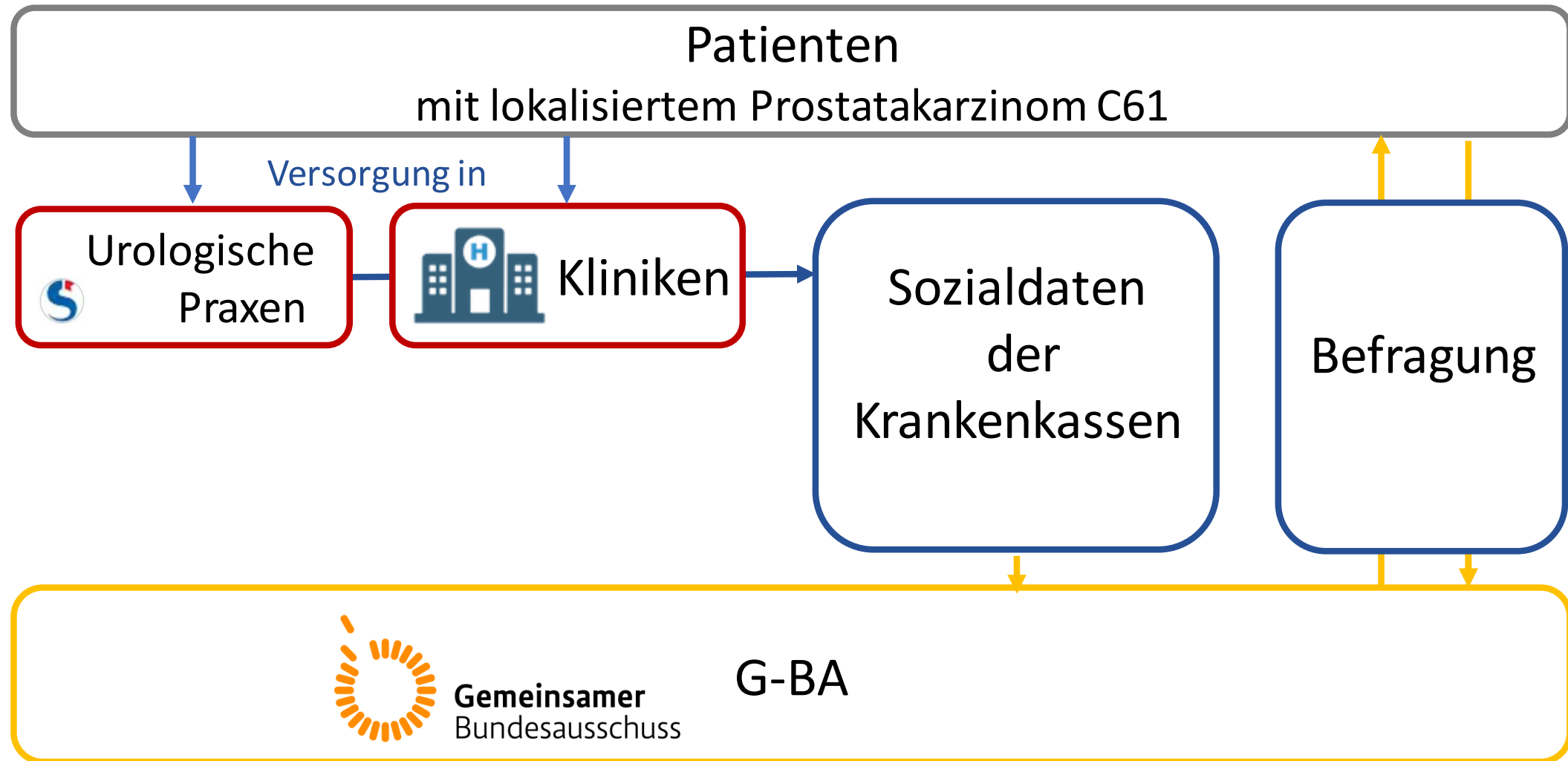
# QS-Verfahren des G-BA

Datenquellen für die öffentliche Berichterstattung



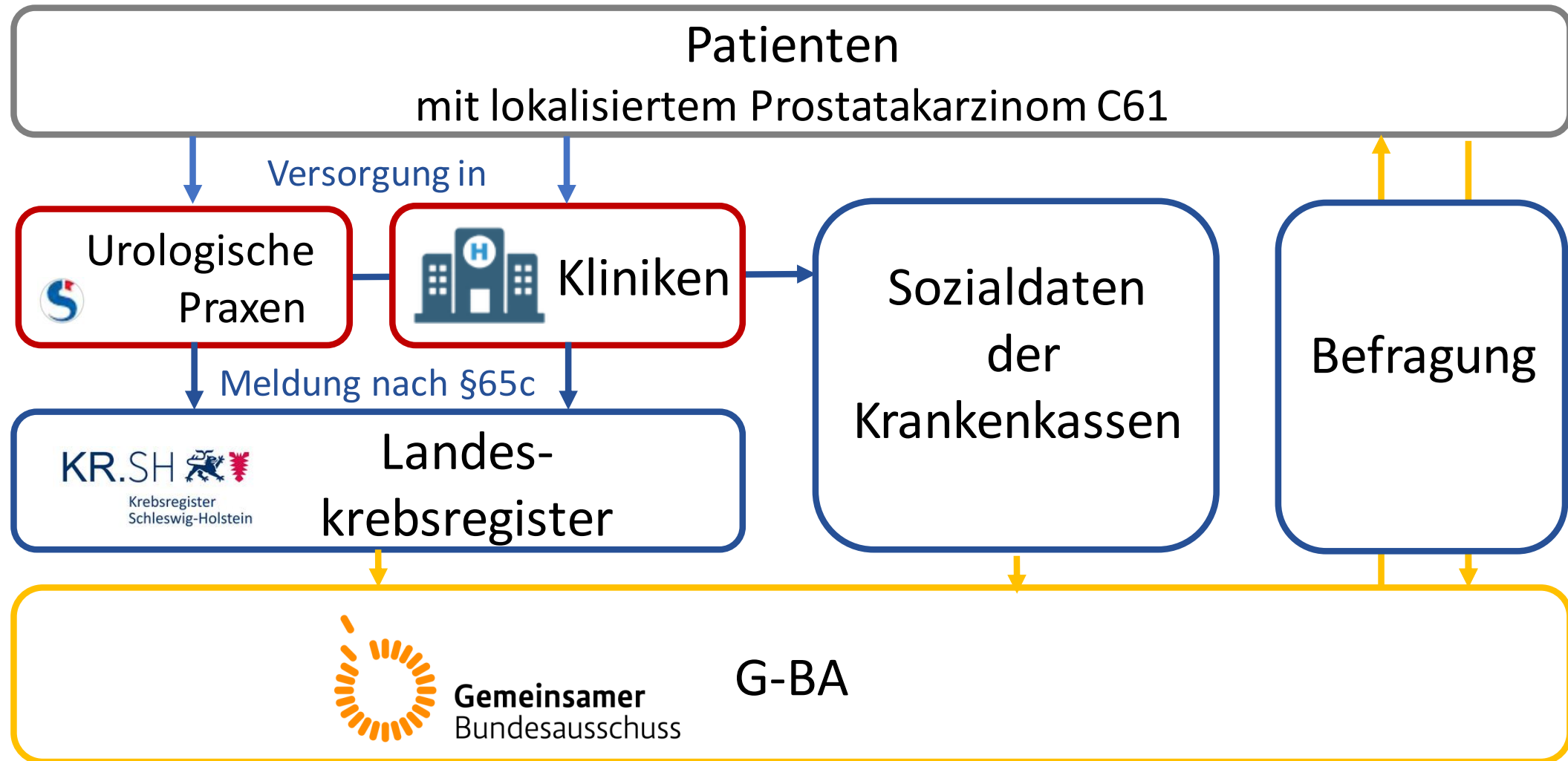
# QS-Verfahren des G-BA

Datenquellen für die öffentliche Berichterstattung



# QS-Verfahren des G-BA

Datenquellen für die öffentliche Berichterstattung



# QS-Verfahren des G-BA

Einrichtungsvergleichende öffentliche Berichterstattung

Keine zusätzliche QS-Dokumentation für Ärztinnen und Ärzte!

Einrichtungsbezogene Auswertung erfolgt über Ihre gemeldeten Krebsregisterdaten.

Qualitätskonferenz Prostatakrebs, 07.10.2026

# Epidemiologie Prostatakrebs in Schleswig-Holstein

# Methoden

- Brustkrebs nach ICD-10: C50
- Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein
- Zeitraum 1998-2024
- WOB – Wohnortbezogener Bericht, verfügbar unter [www.krebsregister-sh.de](http://www.krebsregister-sh.de)
- Vergleichsdaten aus dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) und dem Krebsatlas der Deutsche Krebsregister e.V. (DKR)

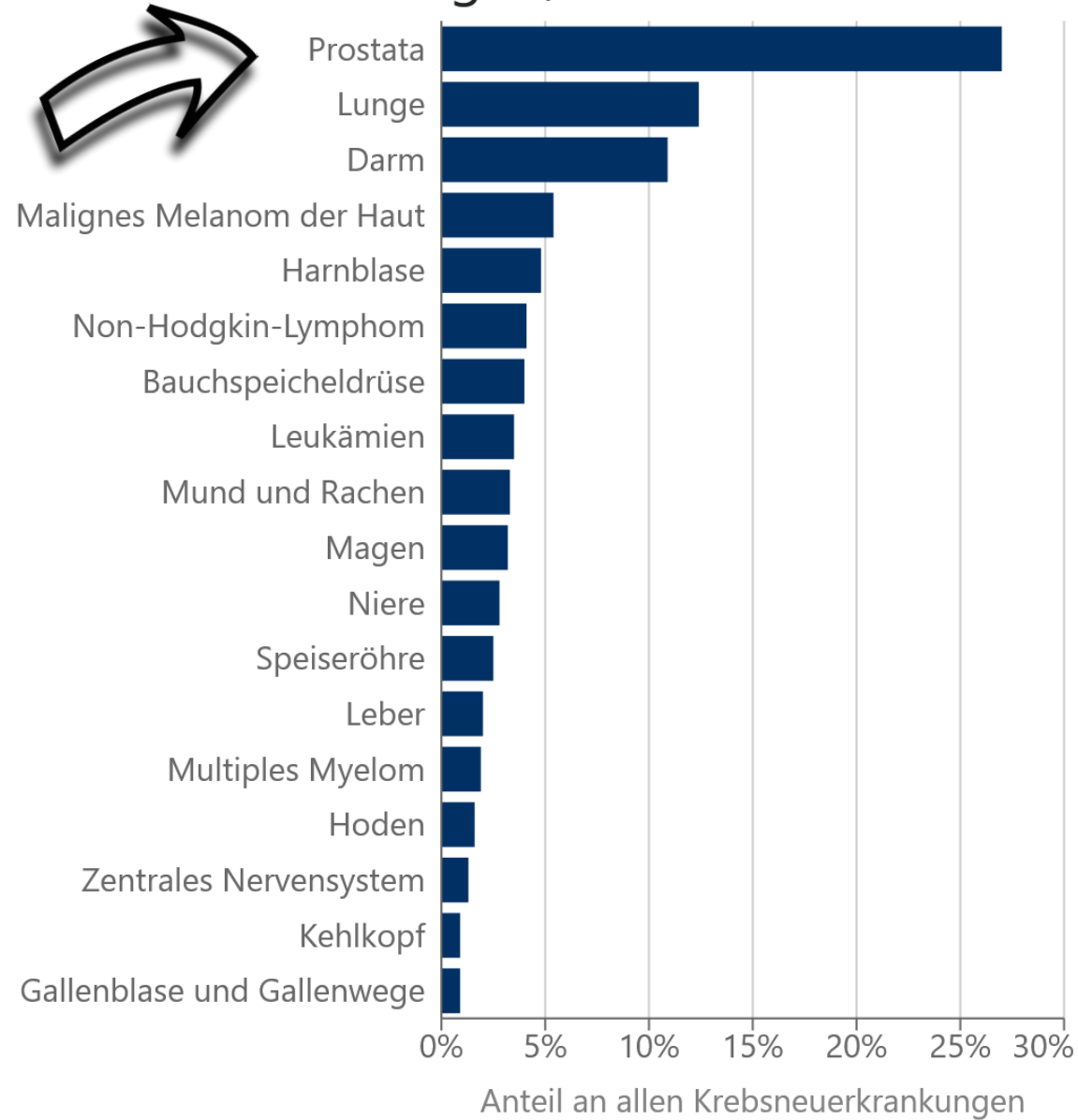
# Überblick Schleswig-Holstein 2024

Prostata (ICD-10 C61)

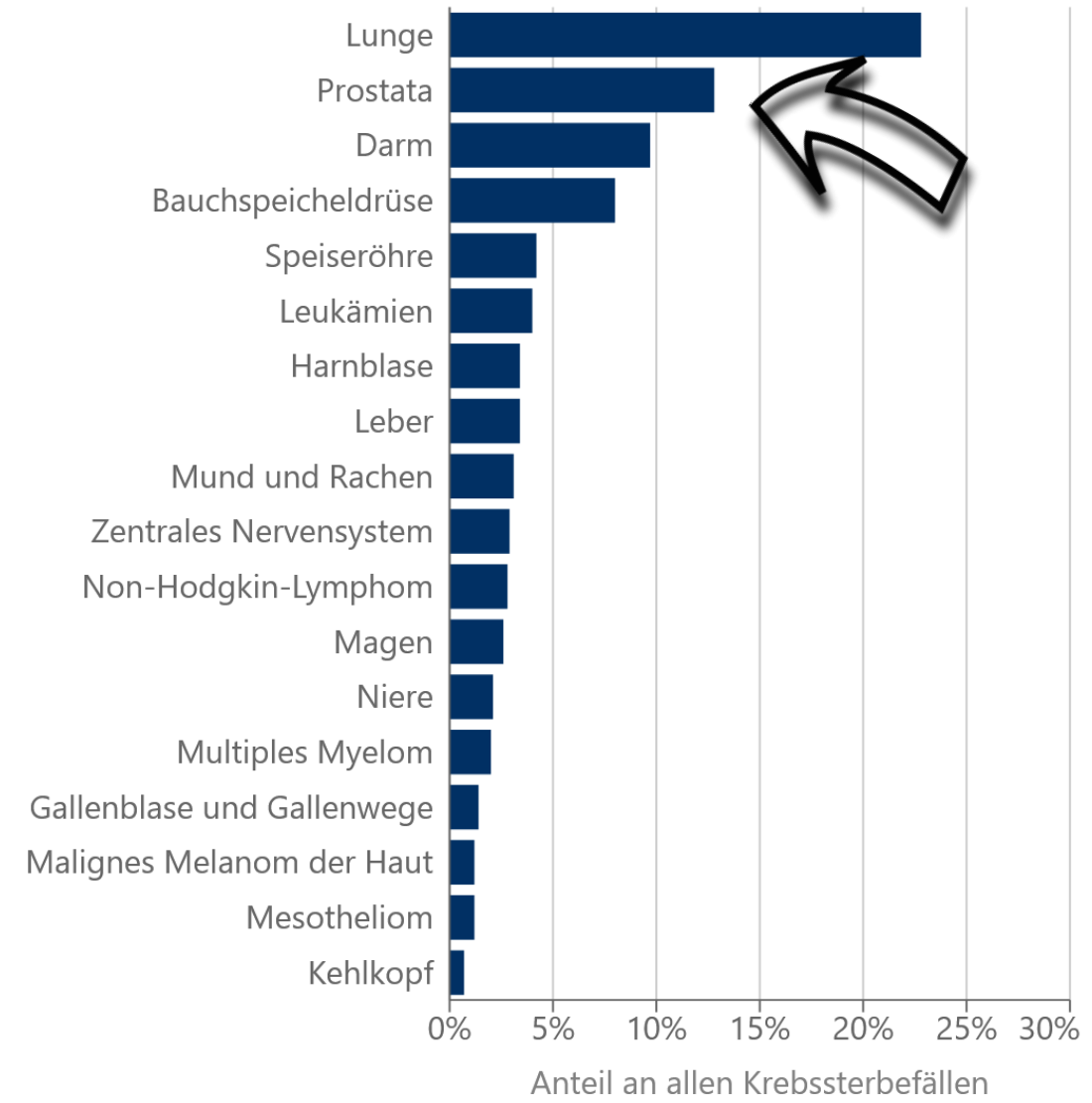
| Inzidenz                                    |        |        |
|---------------------------------------------|--------|--------|
| Schleswig-Holstein 2024                     | Männer | Frauen |
| Krebsneuerkrankungen                        | 3.092  | -      |
| davon DCO-Fälle                             | 154    | -      |
| In situ-Fälle                               | 11     | -      |
| Mittleres Erkrankungsalter (Median)         | 72,0   | -      |
| Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)             | 10,2   | -      |
| Anteil an Krebs gesamt (%)                  | 28,3   | -      |
| Geschlechterverhältnis                      |        | -      |
| <b>Inzidenzraten (Fälle/100.000)</b>        |        |        |
| Rohe Rate                                   | 213,8  | -      |
| Altersstandardisierte Rate (Stdbev. Europa) | 116,4  | -      |
| Vergleich Deutschland 2023 (RKI)            | 114,7  | -      |

| Mortalität                                  |        |        |
|---------------------------------------------|--------|--------|
| Schleswig-Holstein 2023                     | Männer | Frauen |
| Krebssterbefälle                            | 625    | -      |
| Mittleres Sterbealter                       | 82,4   | -      |
| Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)           | 0,9    | -      |
| Anteil an Krebs gesamt (%)                  | 12,8   | -      |
| Geschlechterverhältnis                      |        | -      |
| <b>Mortalitätsraten (Fälle/100.000)</b>     |        |        |
| Rohe Rate                                   | 43,3   | -      |
| Altersstandardisierte Rate (Stdbev. Europa) | 18,9   | -      |
| Vergleich Deutschland 2023                  | 17,3   | -      |

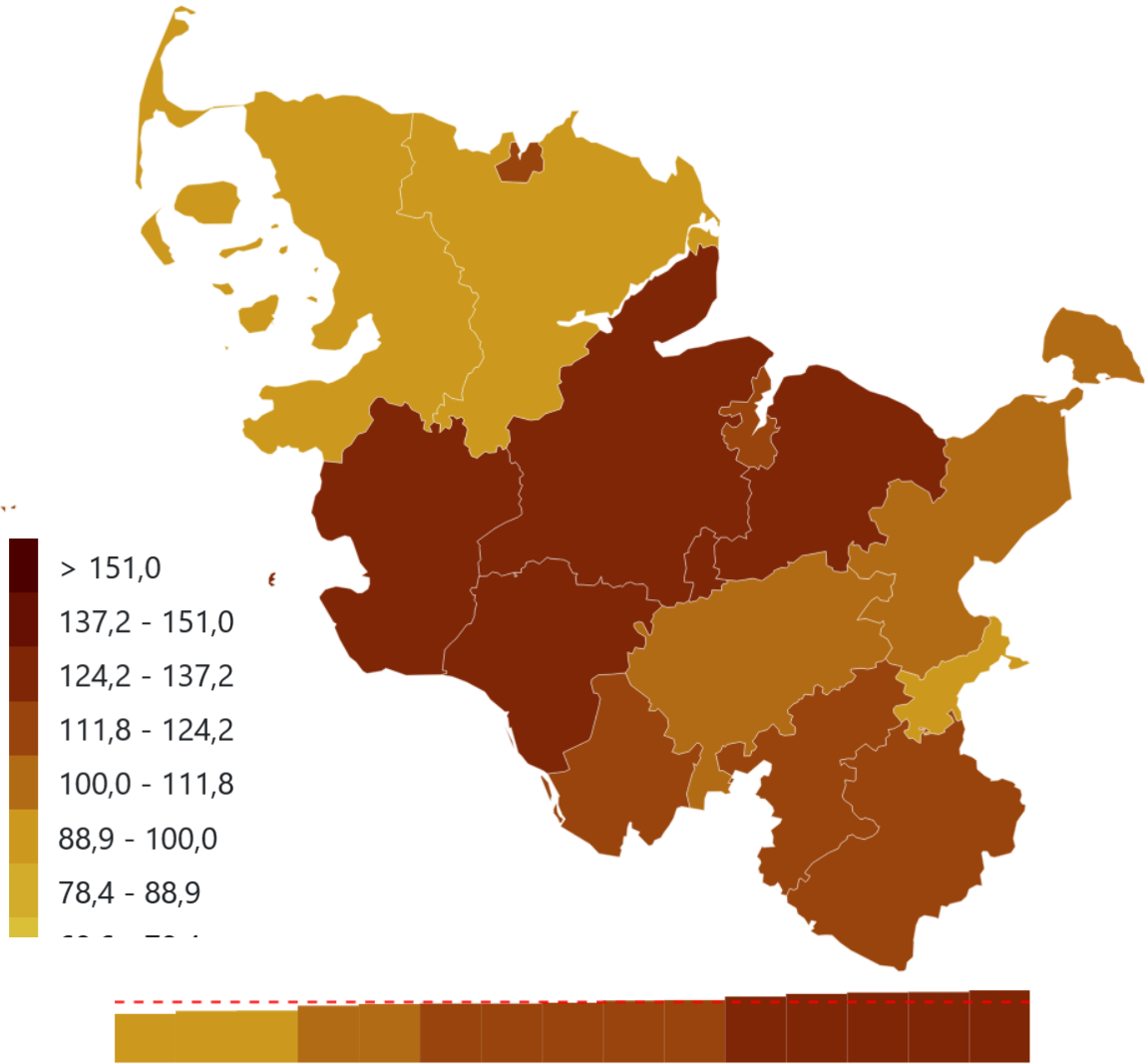
# Krebsneuerkrankungen, Männer



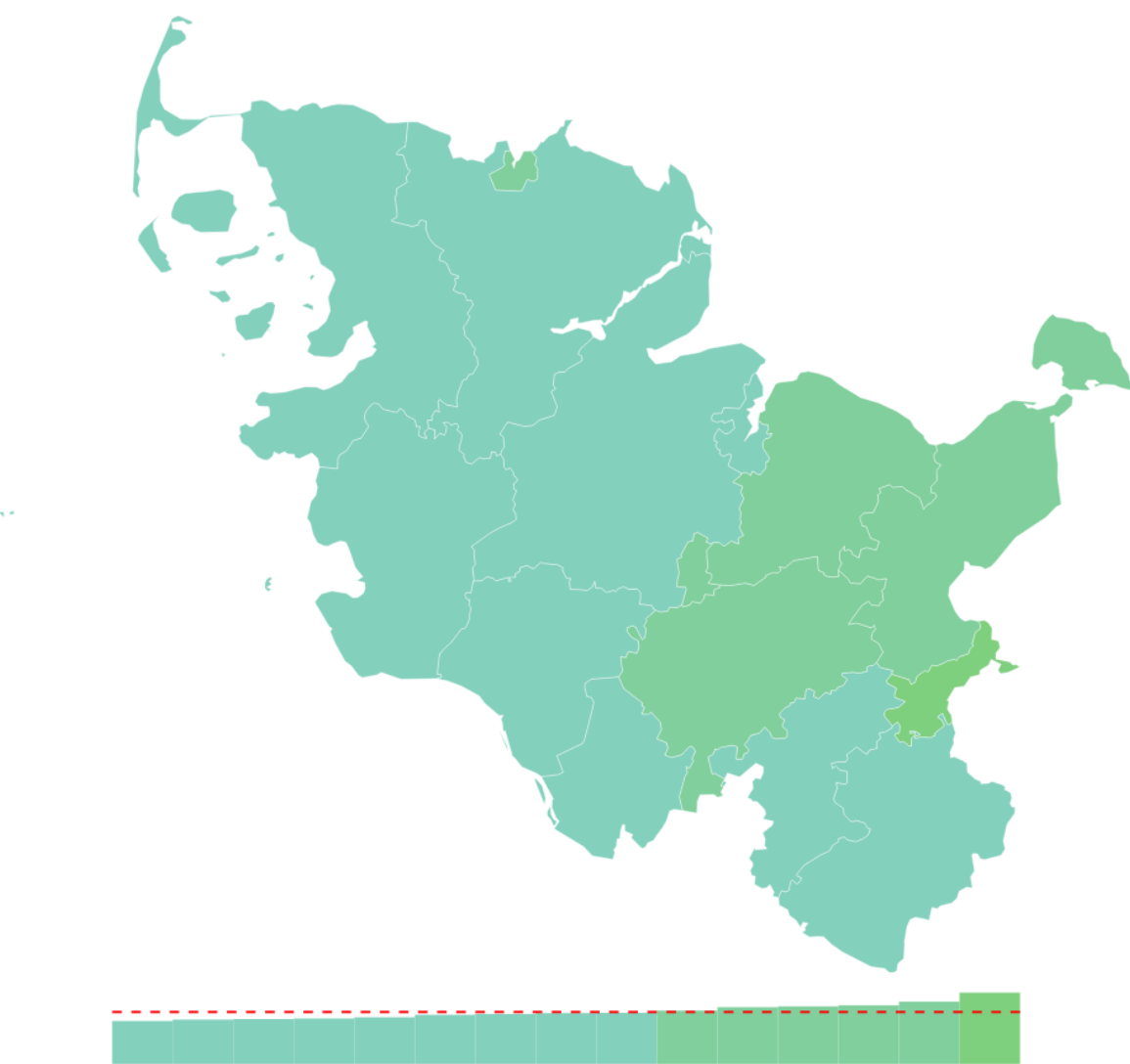
# Krebssterbefälle, Männer



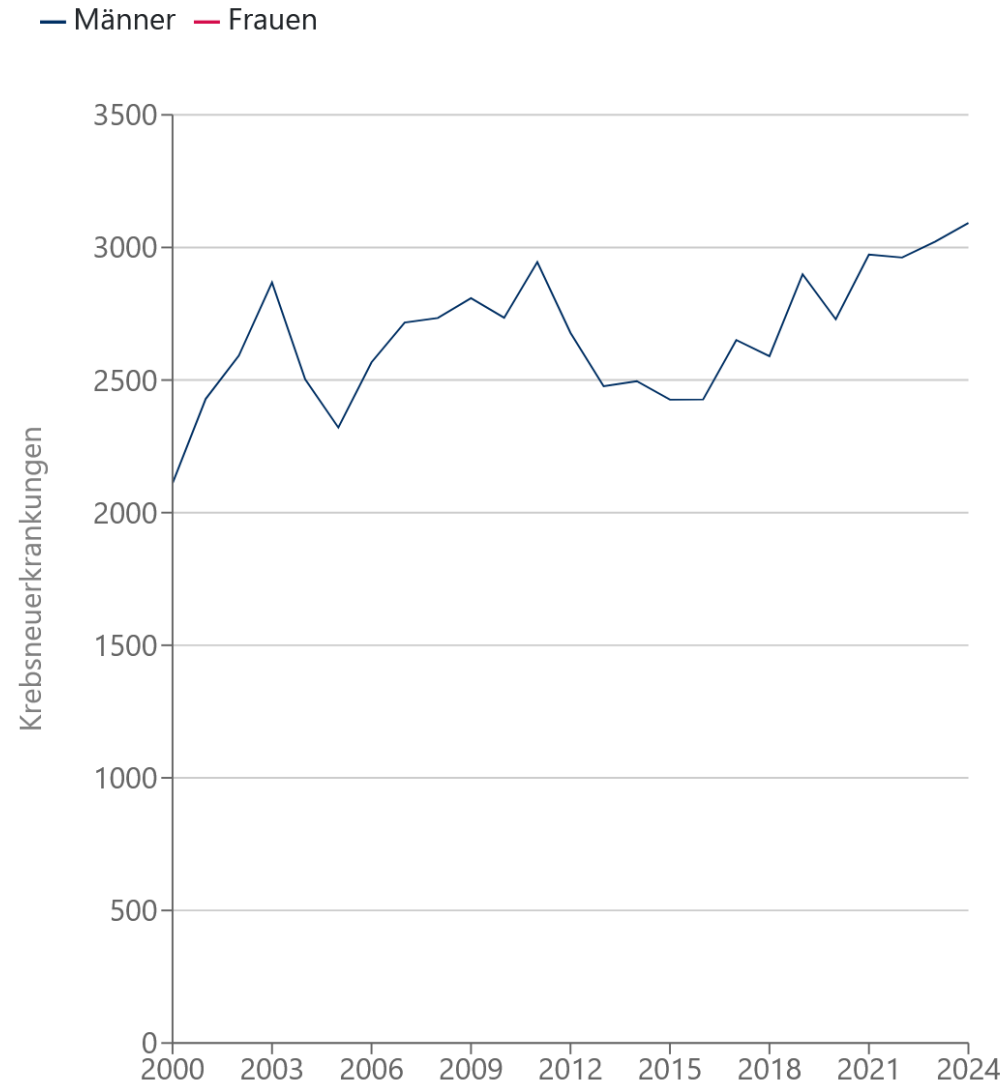
# Krebsneuerkrankungsraten Männer



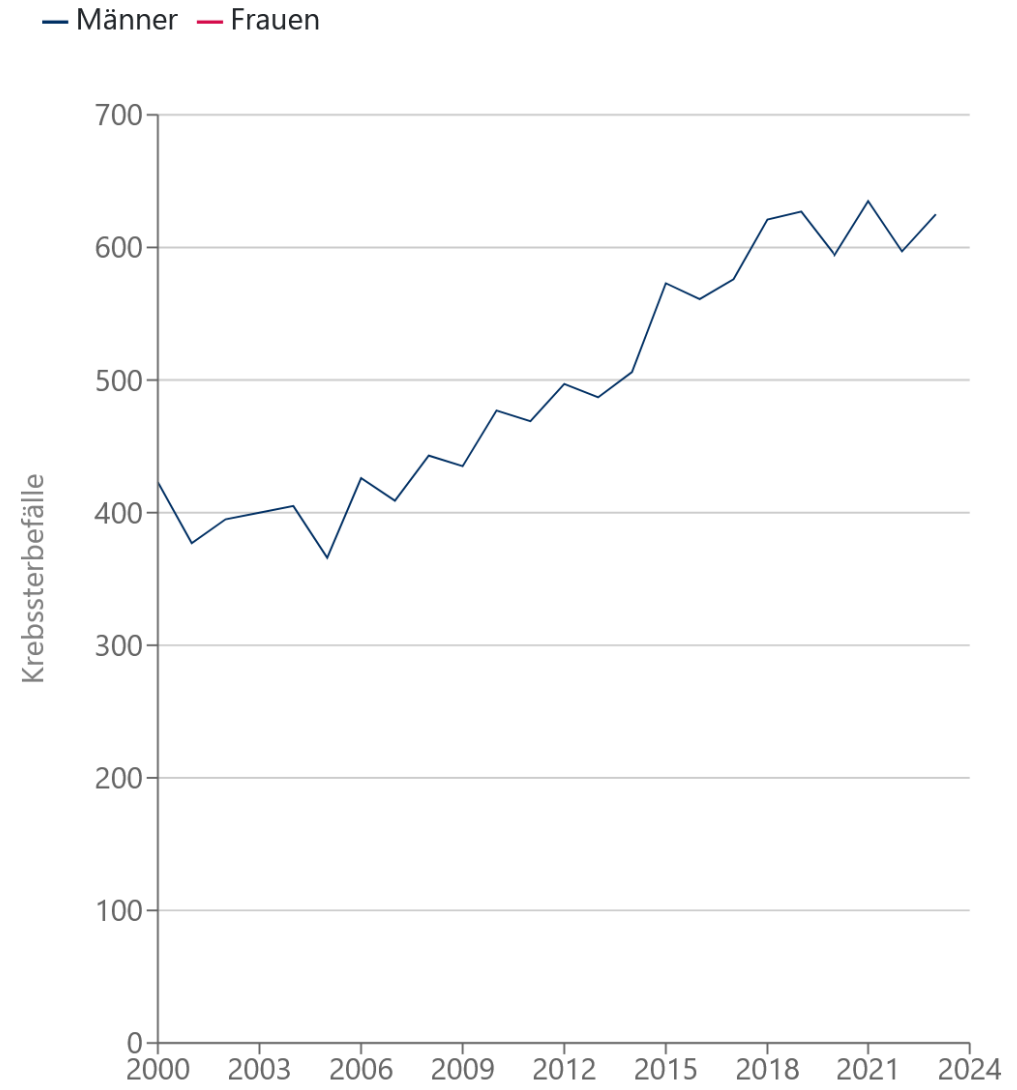
# Krebssterberaten Männer



## Krebsneuerkrankungen

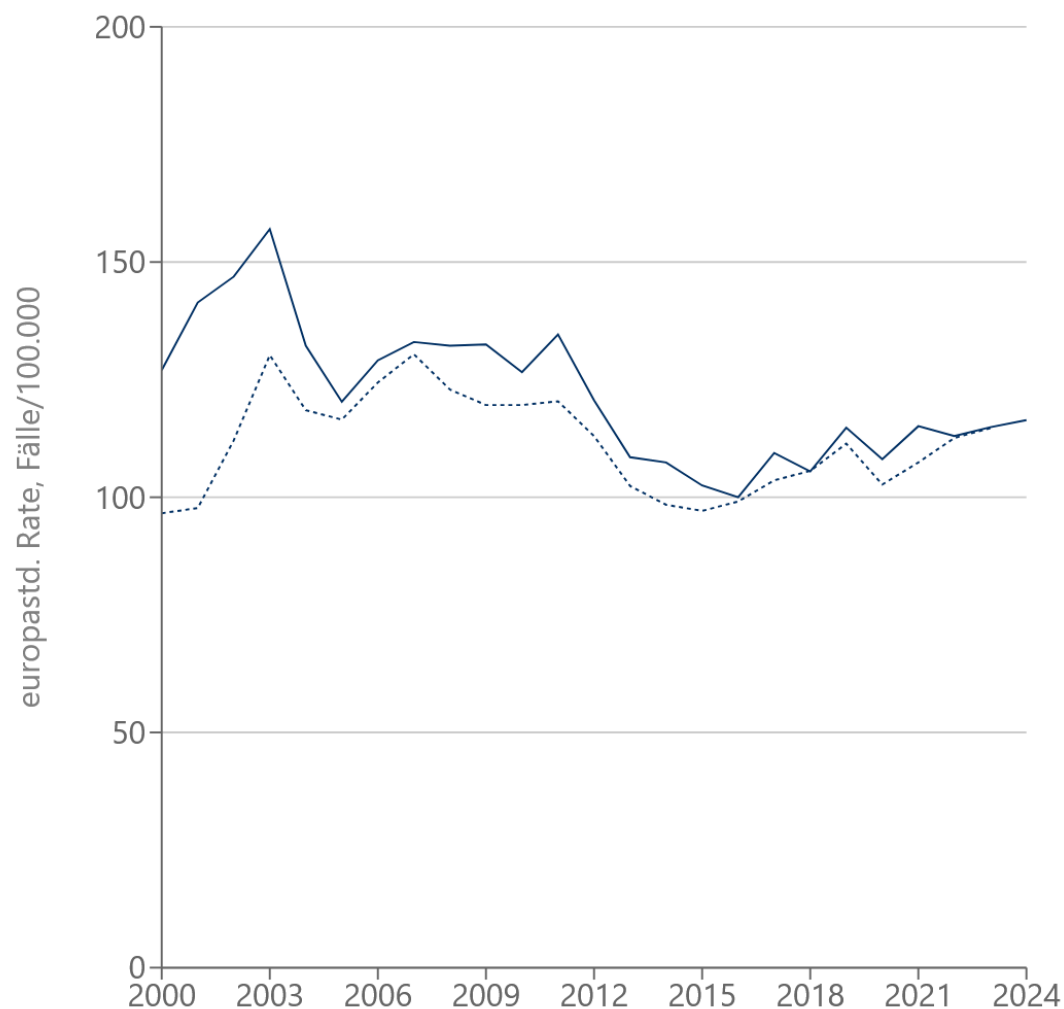


## Krebssterbefälle



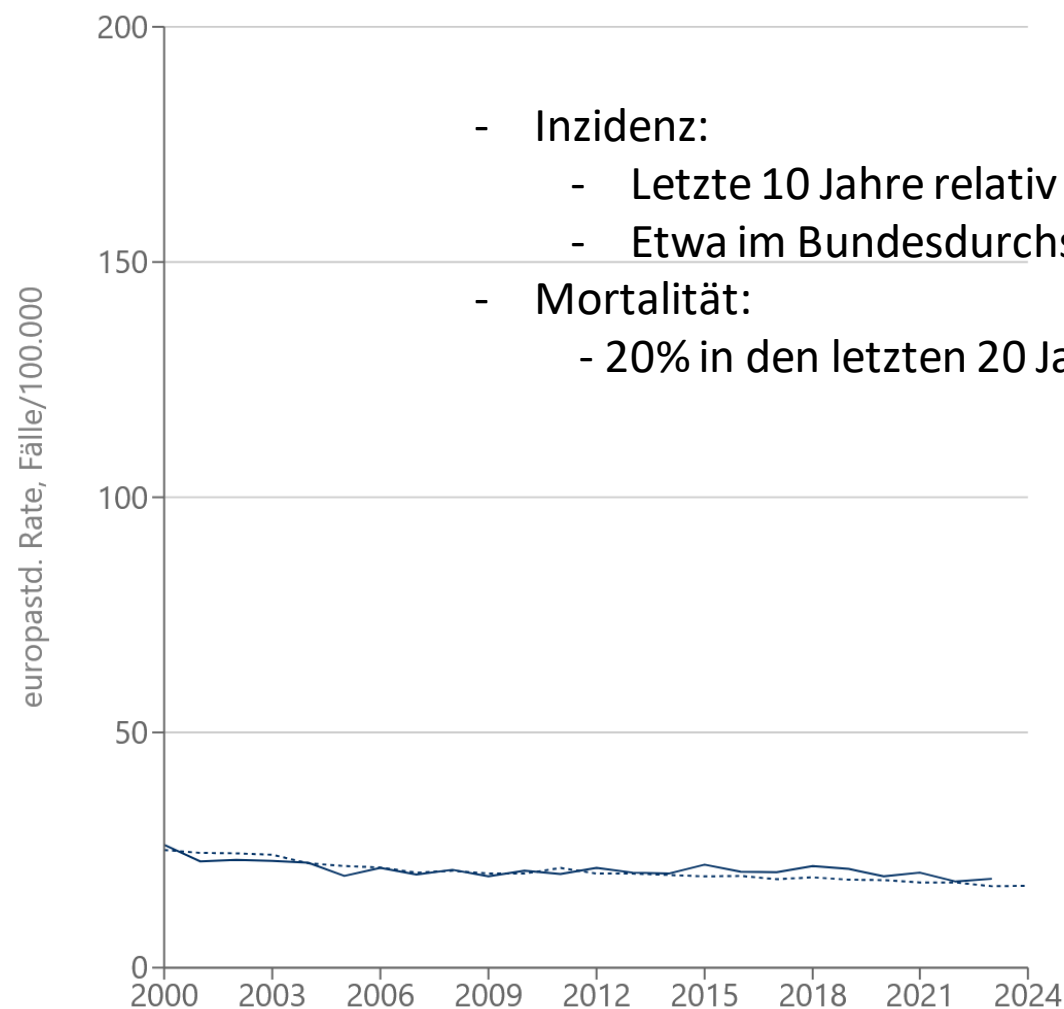
# Krebsneuerkrankungsraten

— Männer SH — Frauen SH ..... Männer DEU (RKI)  
 ..... Frauen DEU (RKI)



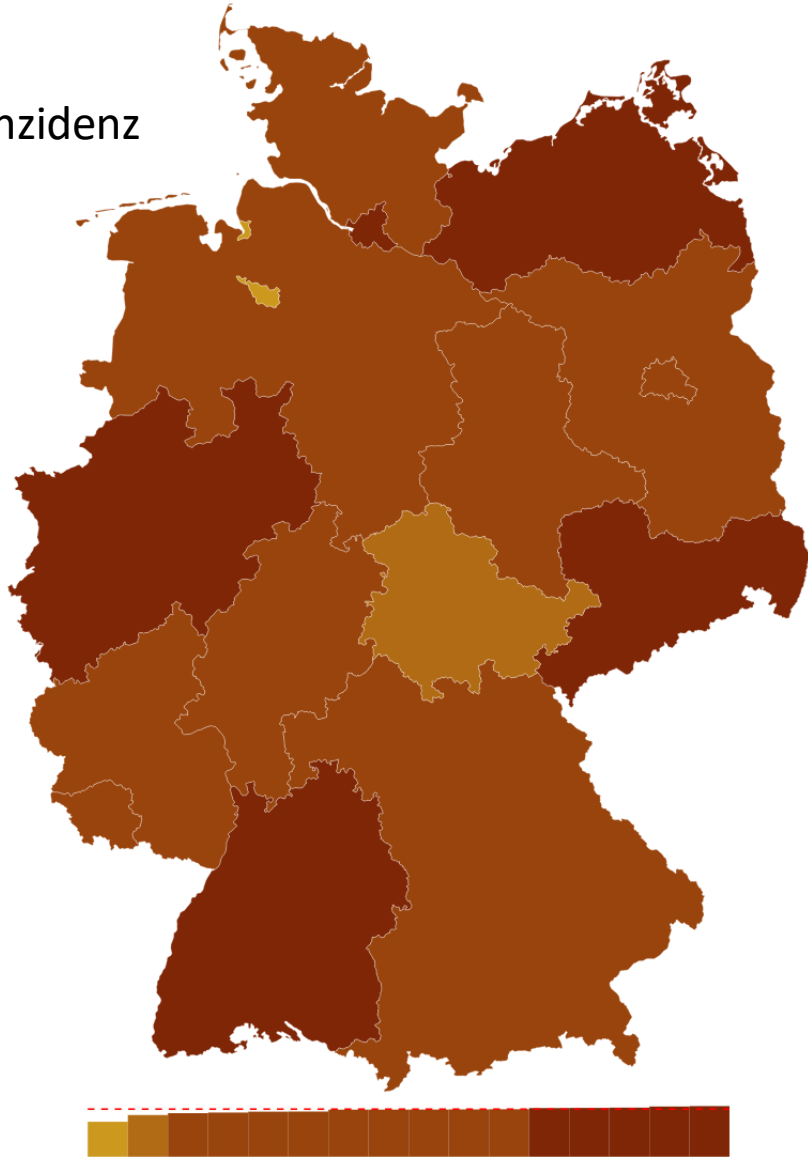
# Krebssterberaten

— Männer SH — Frauen SH ..... Männer DEU (GBE)  
 ..... Frauen DEU (GBE)



## Krebsneuerkrankungsraten Männer

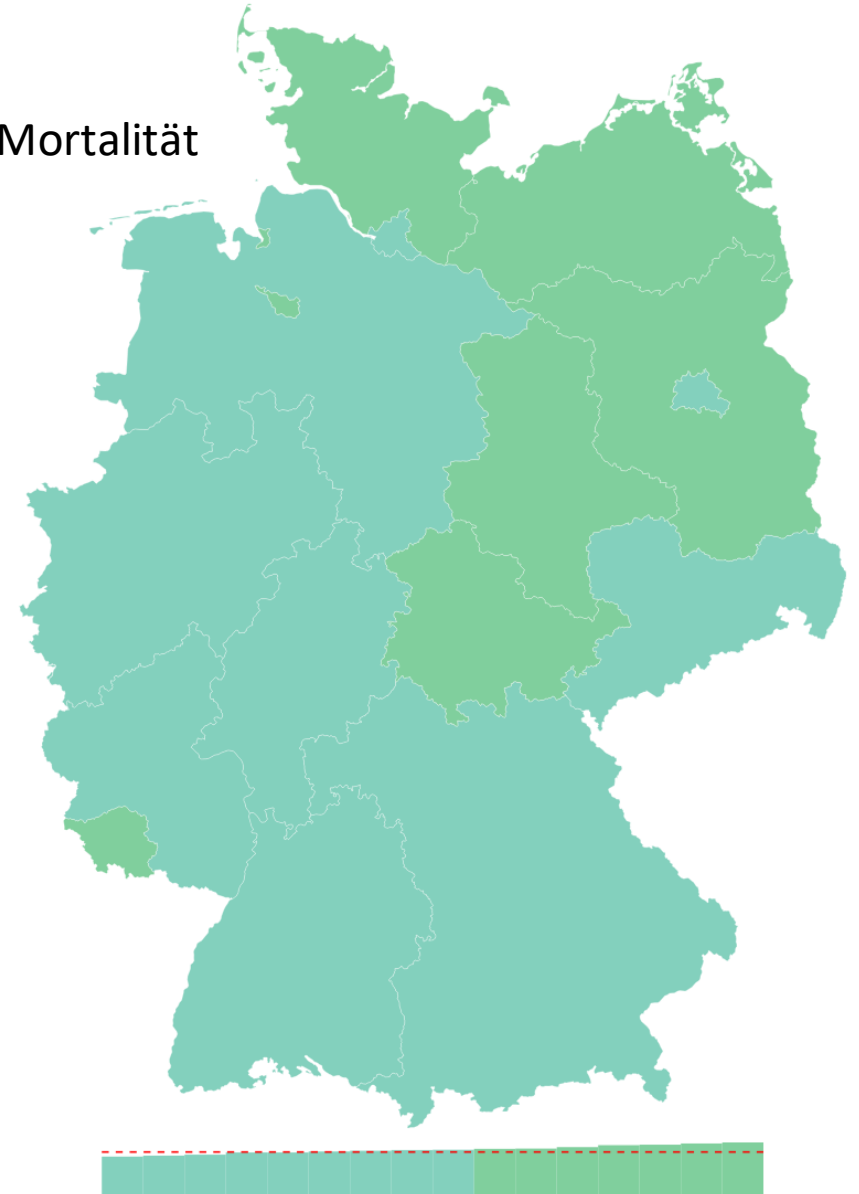
Inzidenz



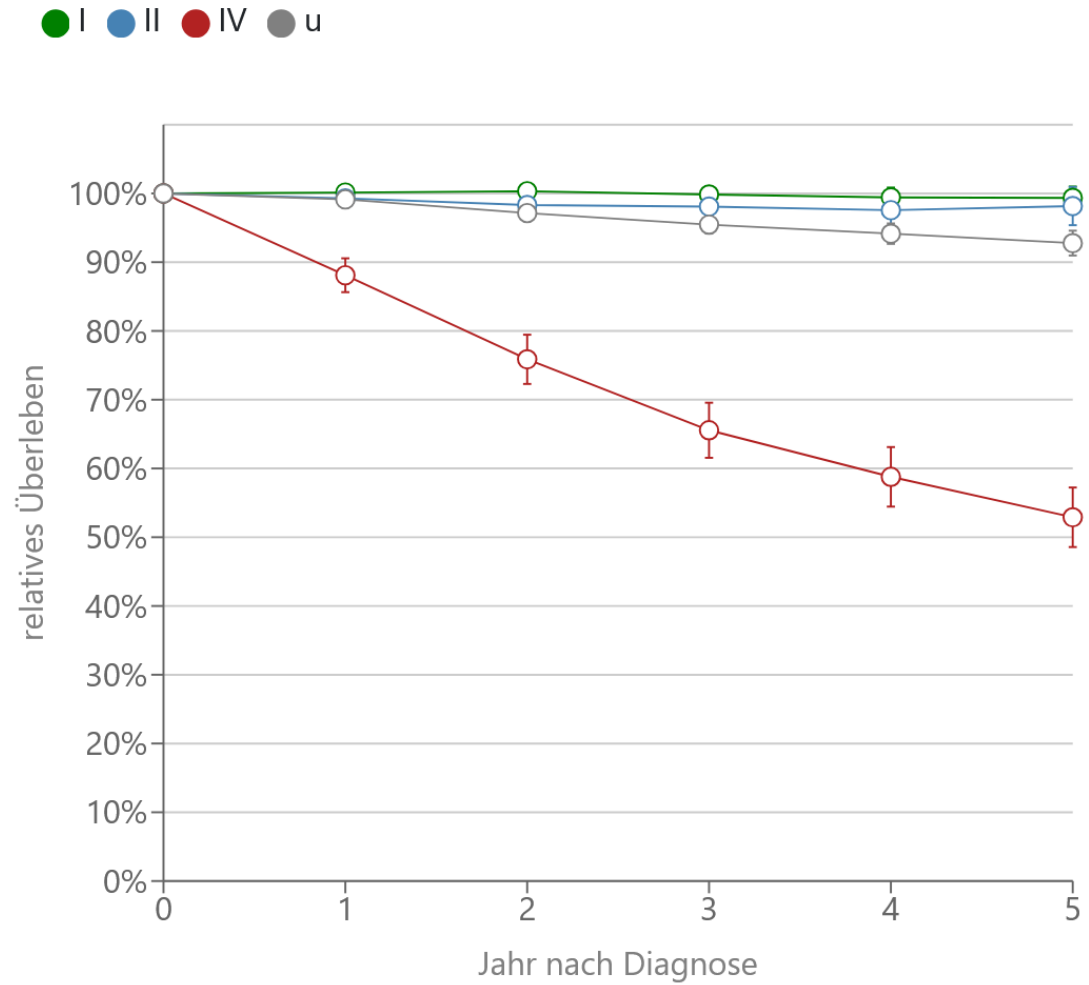
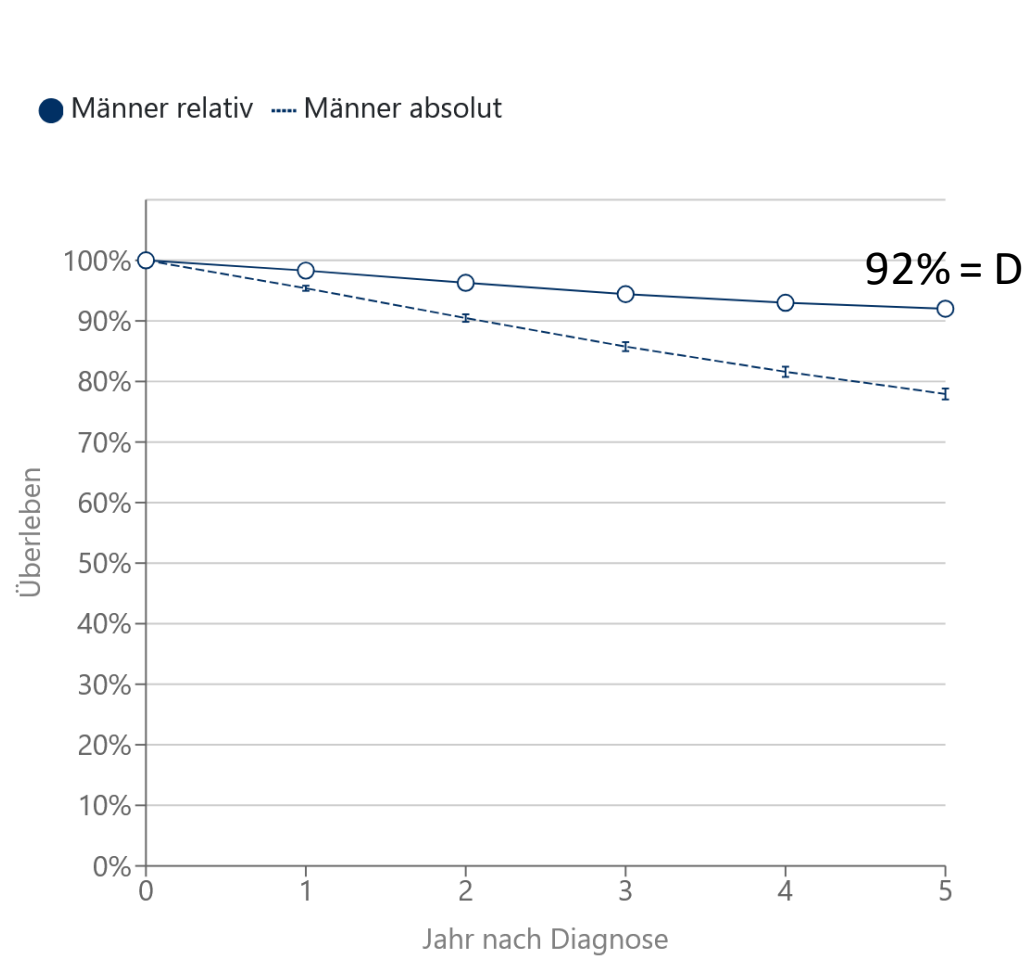
**SH im Mittelfeld**

## Krebssterberaten Männer

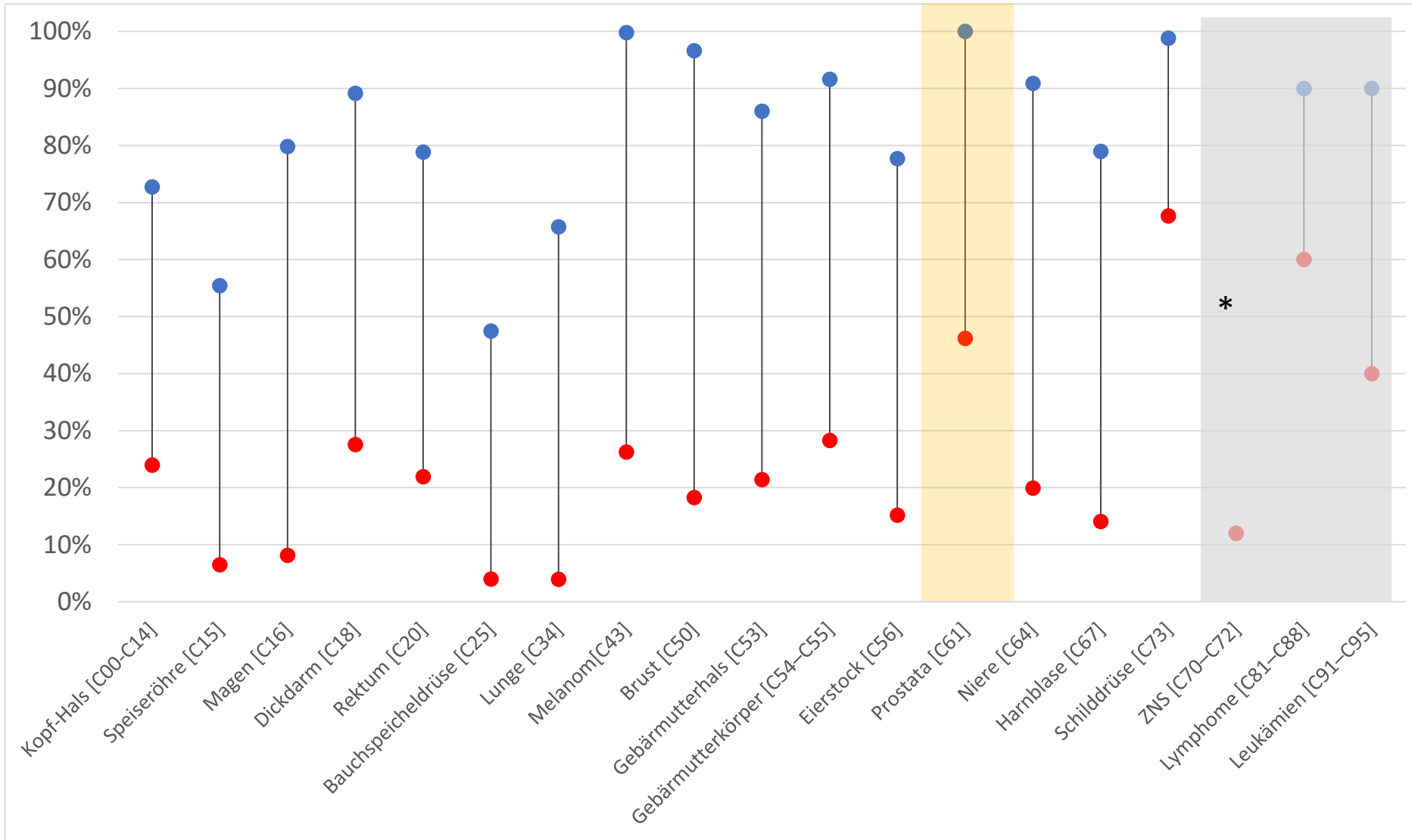
Mortalität



# Überleben nach Prostatakrebs in SH

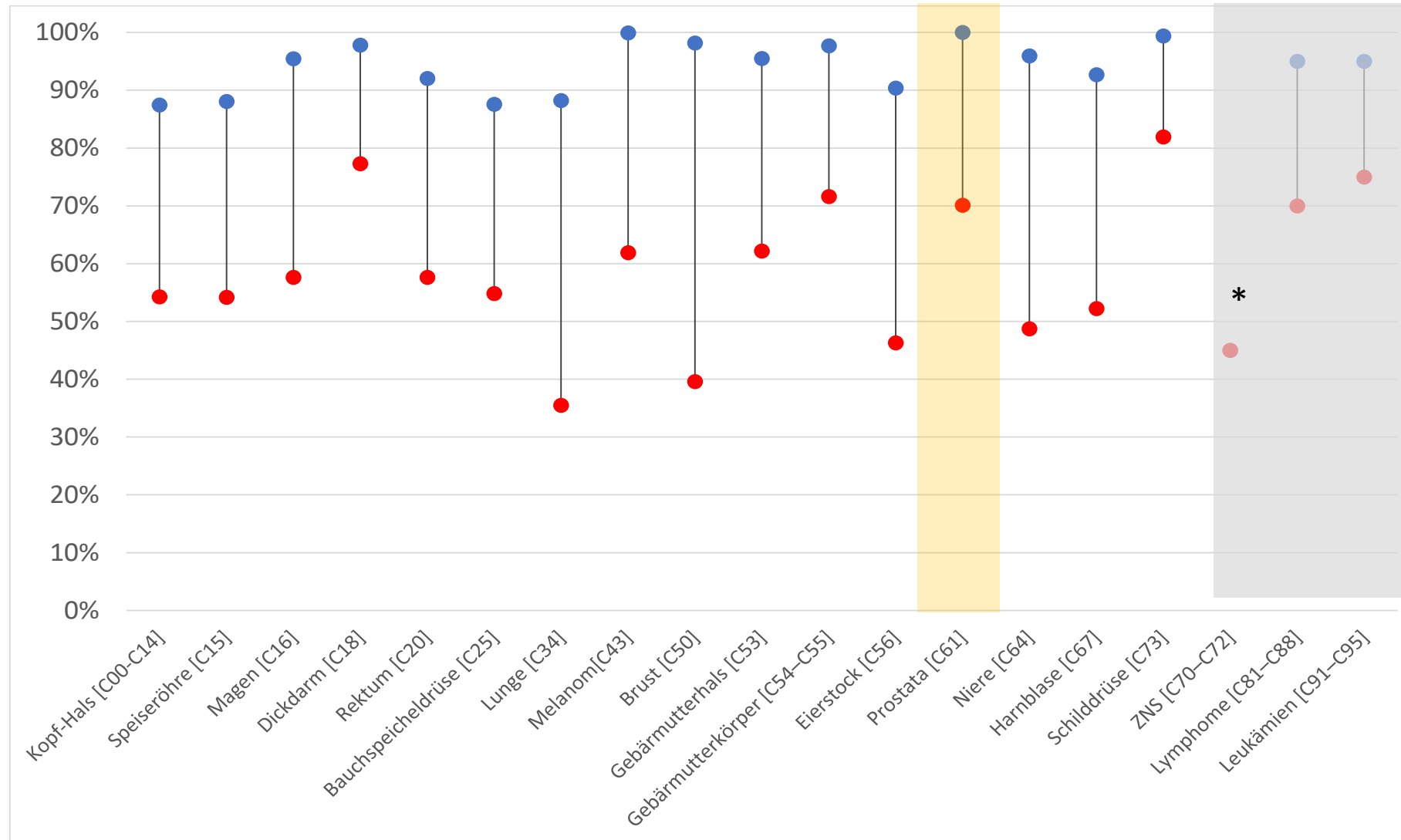


# Heilung nach Tumorart (3 Monate nach Diagnose) und Tumorstadium (UICC I – UICC IV)



\*ZNS, Lymphome  
und Leukämien  
nicht nach UICC,  
sondern nach  
Histologie

# Heilung nach Tumorart (5 Jahre nach Diagnose) und Tumorstadium (UICC I – UICC IV)



\*ZNS, Lymphome  
und Leukämien  
nicht nach UICC,  
sondern nach  
Histologie

# Zusammenfassung Epidemiologie Prostatakrebs

- Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung und die zweithäufigste Krebstodesursache in Schleswig-Holstein
- Konstante Inzidenz, Rückgang der Sterblichkeit
- Große regionale Unterschiede für Inzidenz → Meldungsartefakt?
- SH liegt im Bundesvergleich im Mittelfeld
- Die Prognose ist stadienabhängig, im Stadium I kann heute überwiegend Heilung erreicht werden!

# Neue Entwicklungen in der Früherkennung und Therapie des Prostatakarzinoms

*Univ.-Prof. Dr. med. Axel S. Merseburger  
Klinik für Urologie, UKSH Campus Lübeck*

**07.10.2026**

**Qualitätskonferenz Prostatakrebs 2026**  
Krebsregister Schleswig-Holstein  
Ärztammer SH, Bad Segeberg



## Disclosure

### COI's

#### Clinical trials

Amgen, AstraZeneca, Astellas, Bayer, Ferring, Ipsen, Janssen, Roche, BMS, Merck, Seagen

#### Speaker office, symposia

Accord, Amgen, AstraZeneca, Astellas, Bayer, Ferring, Ipsen, Janssen, Medudy, Merck, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Takeda, TEVA

#### Advisoryboards

AstraZeneca Bayer, TEVA, UEG, Janssen, BMS, Merck, Pfizer, Roche, Sanofi, Seagen, Astellas

#### Company shares

None



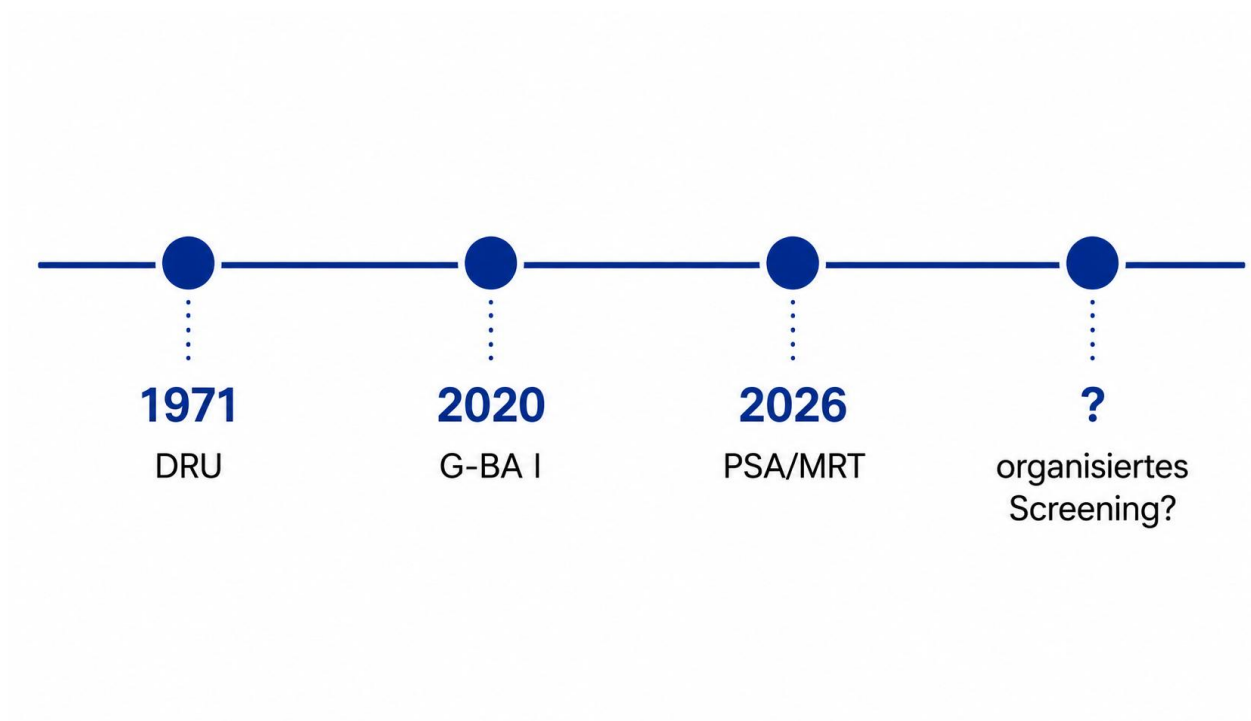
@amerseburger



[linkedin.com/in/prof-dr-axel-s-merseburger-669a5352](https://www.linkedin.com/in/prof-dr-axel-s-merseburger-669a5352)

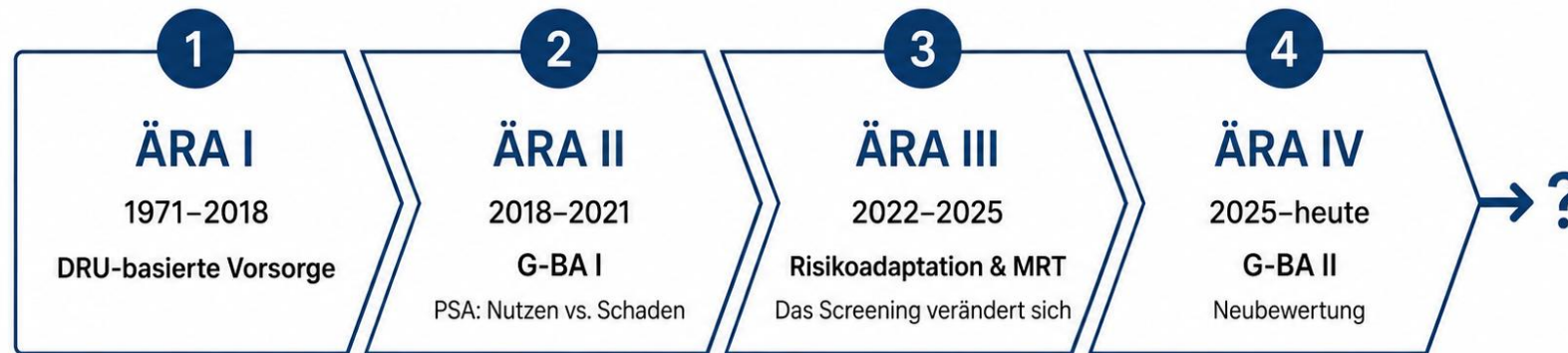
# Prostatakarzinom-Screening in Deutschland

## Von der DRU zum risikoadaptierten PSA-Screening



55 Jahre Früherkennung – Zeit für den nächsten Schritt?

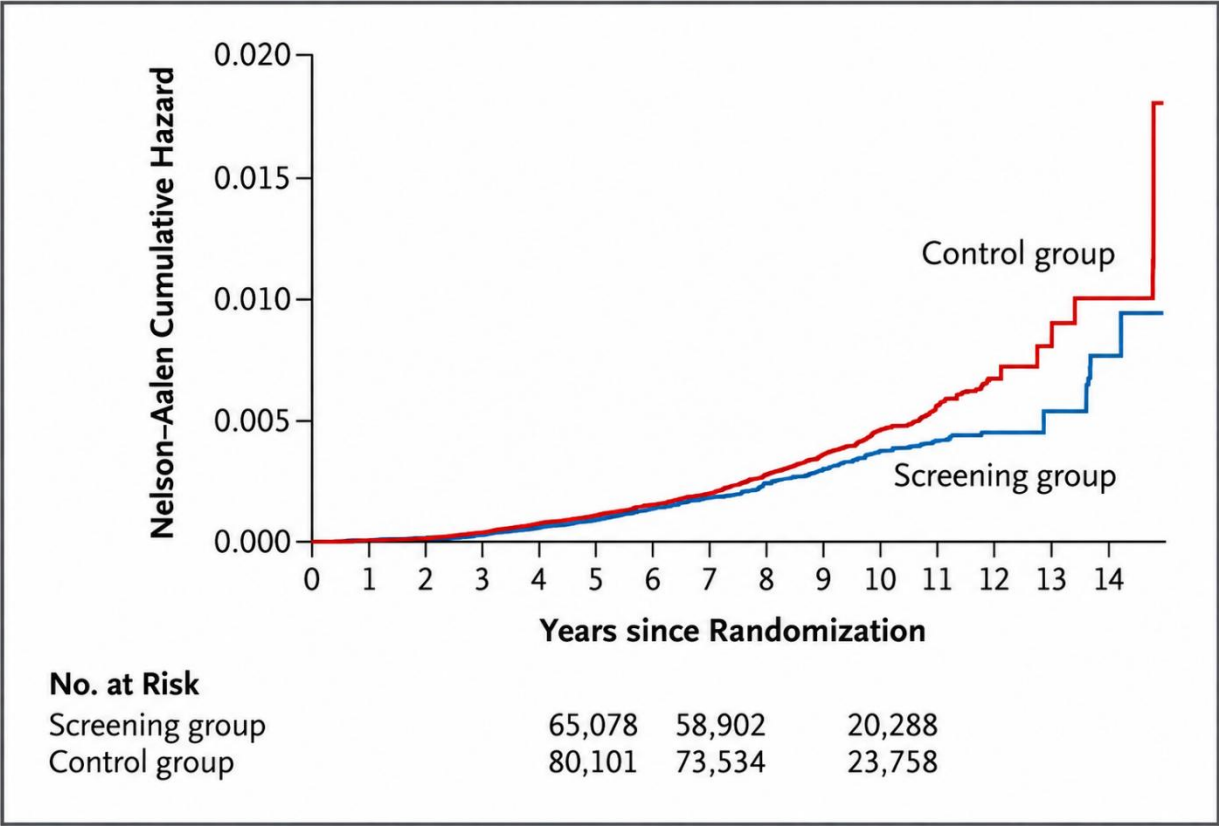
# Vier Ären der Prostatakarzinom-Früherkennung in Deutschland



Während die GKV bei der DRU blieb, veränderte sich die Evidenz.



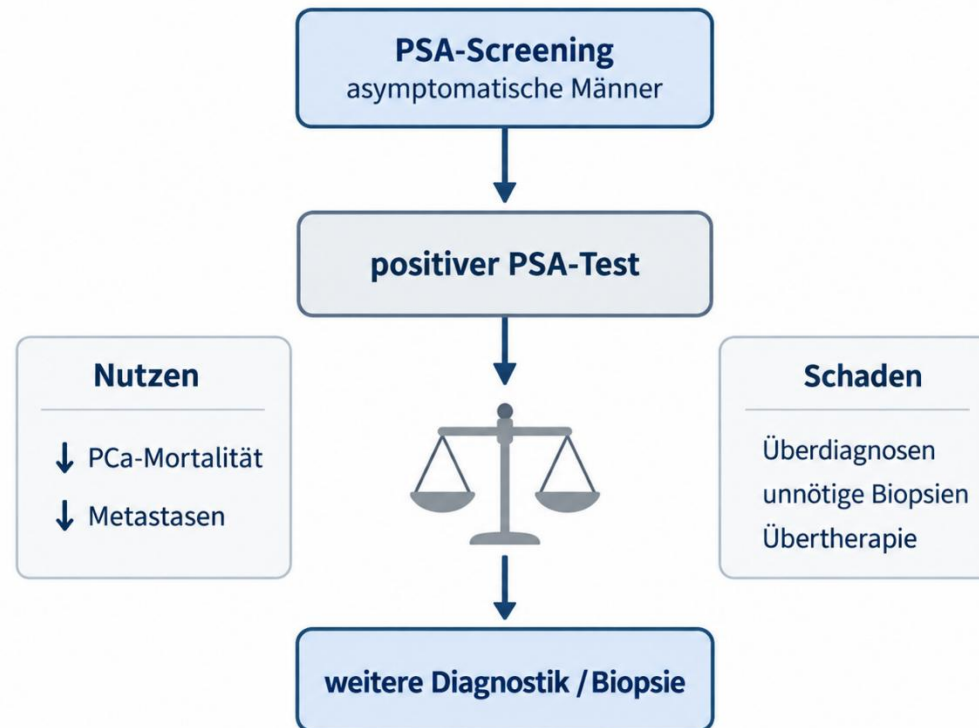
# 2009: PSA senkt Mortalität



|                                   |         |
|-----------------------------------|---------|
|                                   | 9 Jahre |
| Relative PCa-Mortalitätsreduktion | 20 %    |
| Number needed to invite           | 1.410   |
| Number needed to diagnose         | 48      |

Der Nutzen der PSA-basierten Früherkennung wird erstmals randomisiert sichtbar

## 2018–2020: Der G-BA bewertet das PSA-Screening



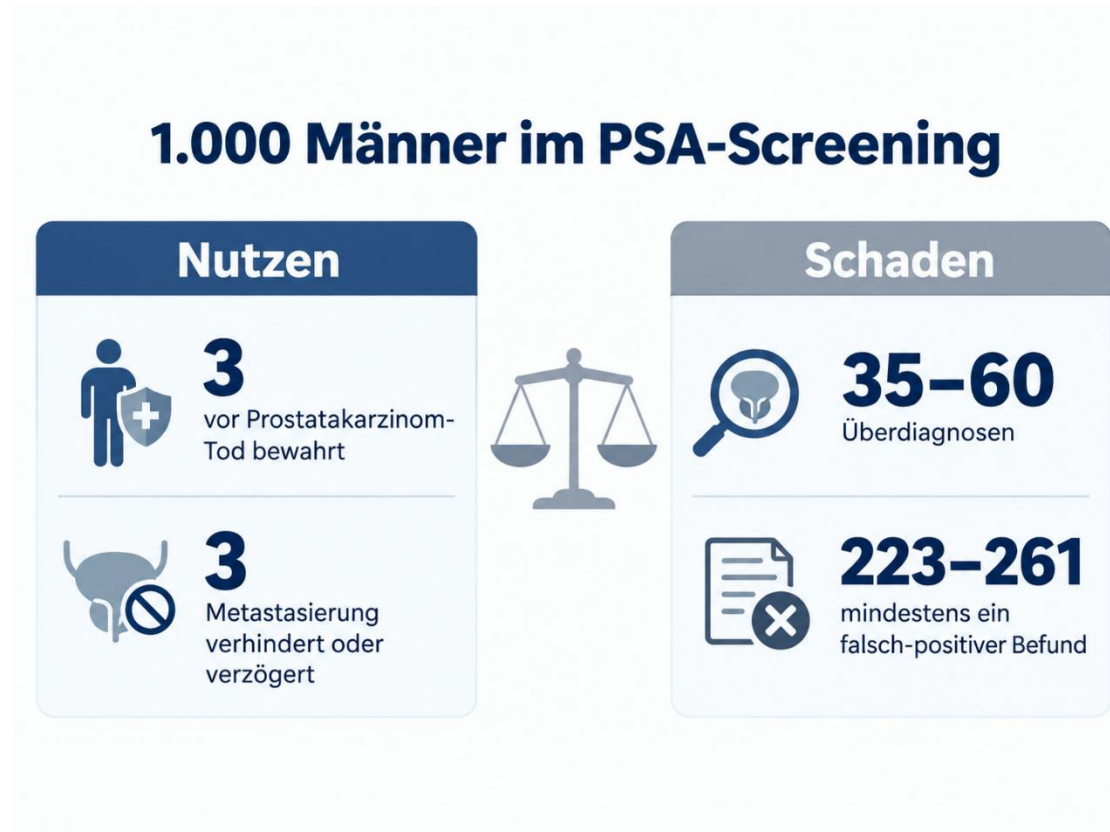
Bewertet wurde das klassische PSA-basierte Screening – nicht der PSA-/MRT-Algorithmus

## (Auch) Das IQWiG findet einen Nutzen ...



Das Problem 2020 war nicht das PSA nicht detektiert

## ...sondern die Gewichtung eines möglichen Schadens



Der Mortalitätsnutzen wurde durch Überdiagnostik und Folgeschäden weggewischt

17. Dezember 2020



## Pressemitteilung

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Nr. 68 / 2020

Methodenbewertung

### **Prostatakrebs: G-BA hält an PSA-Wert-Bestimmung bei der Behandlung fest – kein Einsatz in der Früherkennung**

**Berlin, 17. Dezember 2020** – Die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) bleibt wie bisher auf die Verlaufskontrolle bei bereits behandelten gesetzlich Versicherten oder zur Abklärung eines auffälligen Tastbefundes der Prostata beschränkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich heute gegen eine Erweiterung der Früherkennung von Prostatakrebs um ein Screening mittels PSA-Wert-Bestimmung entschieden. Zuvor hatte er geprüft, ob der Einsatz auch bei der Untersuchung von gesunden Männern Behandlungsvorteile bei der Prostatakrebstherapie mit sich bringen würde.

Seite 1 von 3

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin  
Postfach 120606, 10596 Berlin

Telefon: 030 275838-811  
Fax: 030 275838-805  
E-Mail: [presse@g-ba.de](mailto:presse@g-ba.de)

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)  
[www.g-ba.de/presse-rss](http://www.g-ba.de/presse-rss)

Ansprechpartnerinnen  
für die Presse:

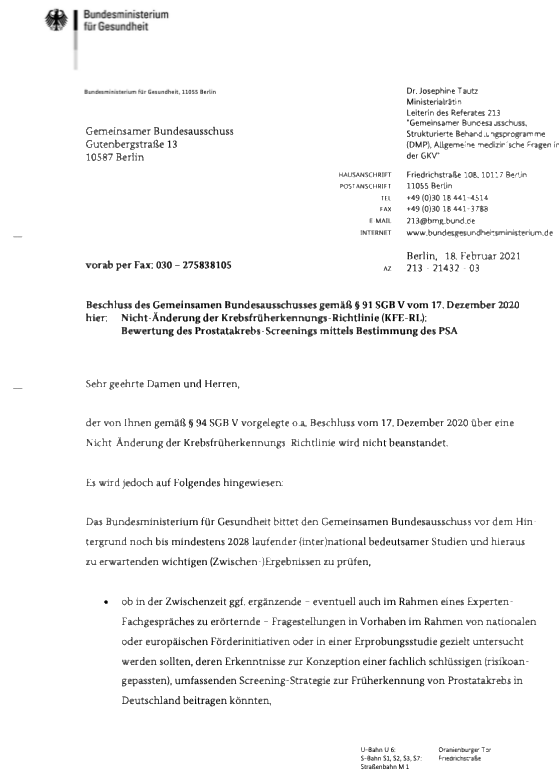
Ann Marini (Ltg.)

Gudrun Köster

Annette Steger

PSA scheitert 2020 nicht am fehlenden Nutzen – sondern an der Wertung des Nutzen-Schaden-Verhältnis des IQWiG

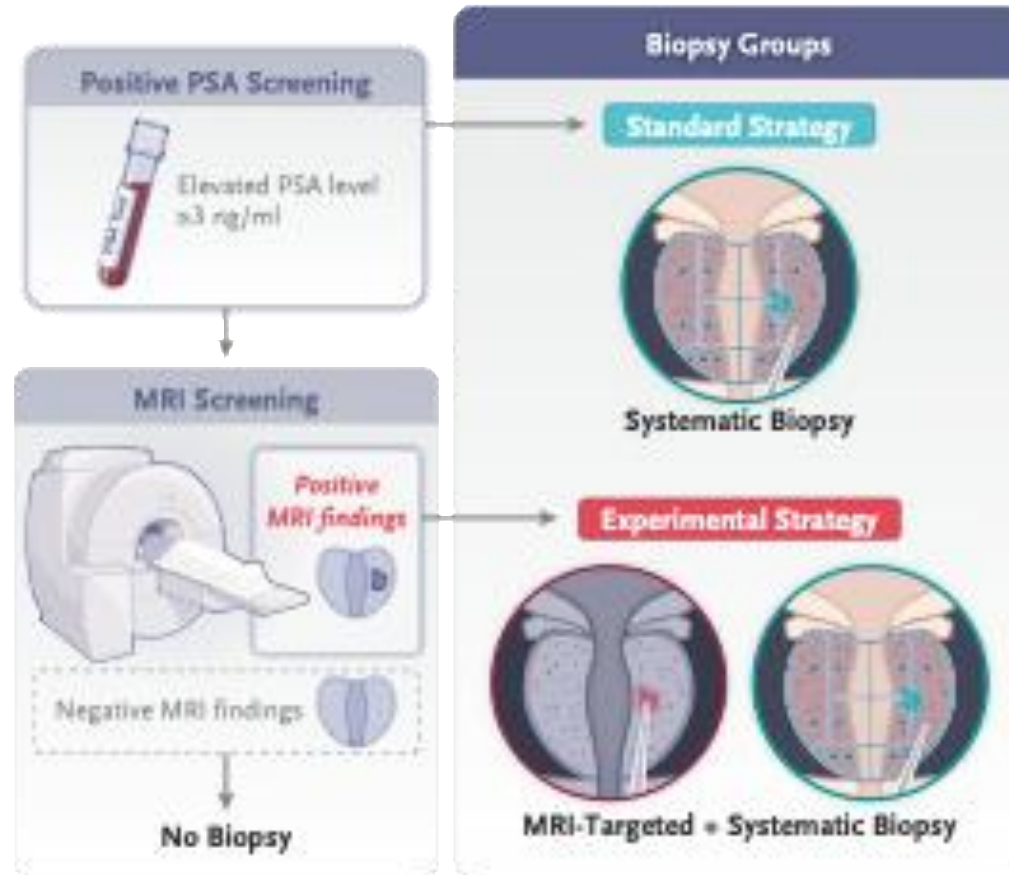
# Das BMG formuliert 2021 genau diesen Auftrag



„Konzeption einer fachlich schlüssigen (risikoangepassten), umfassenden Screening-Strategie zur Früherkennung von Prostatakrebs in Deutschland,,

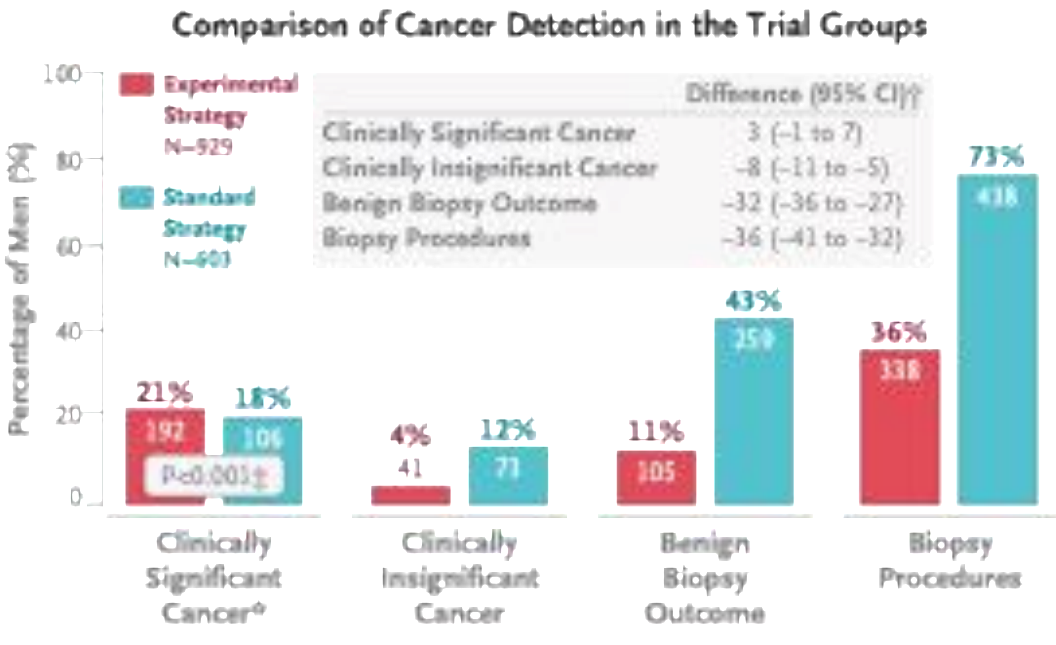
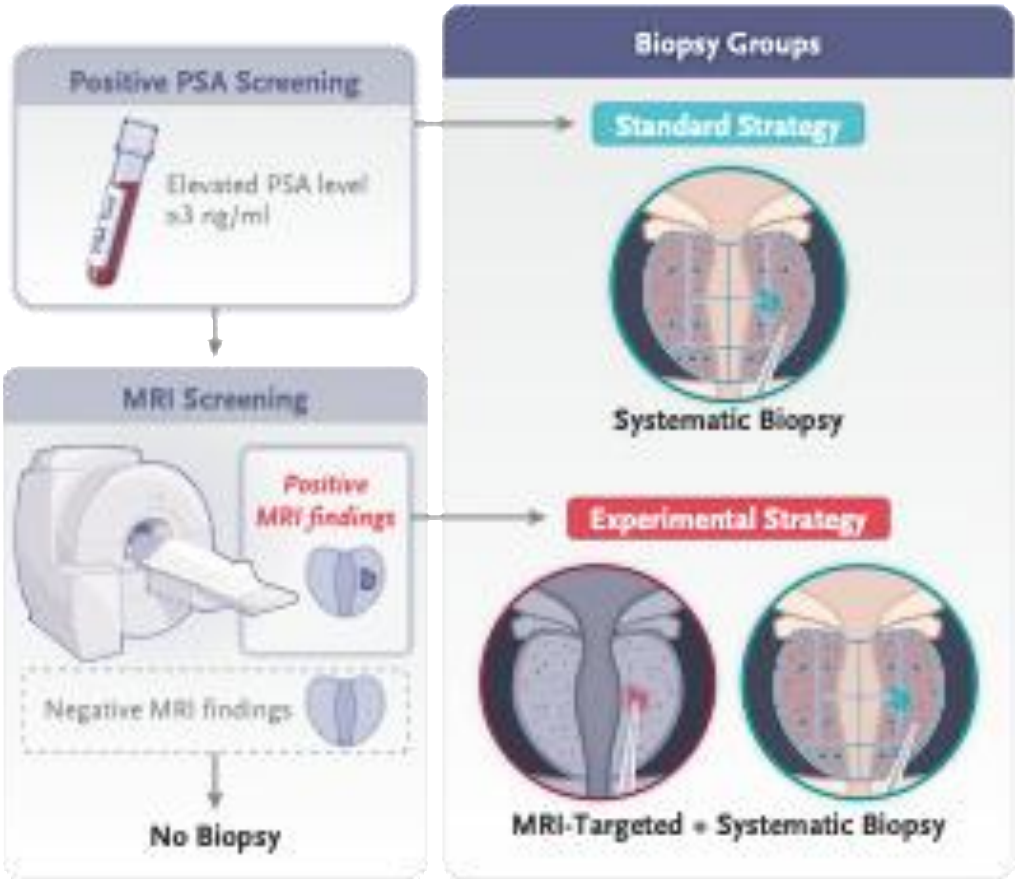
2021 war klar: Gesucht wird nicht weniger Früherkennung – sondern eine bessere Strategie.

# Risikoadaptation & MRT: 2021–2025



Das Screening verändert sich. Die Medizin adressiert genau die Probleme, die 2020 zur Ablehnung geführt hatten.

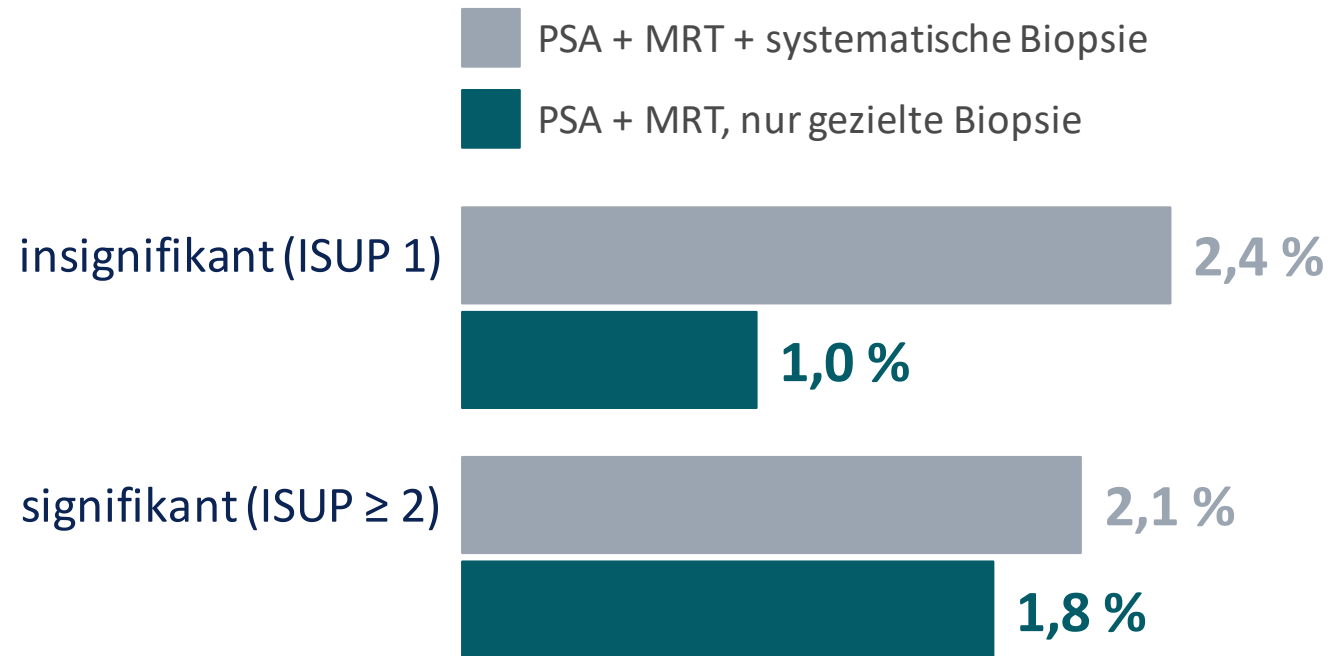
# Screening 2020 ≠ Screening 2025



Weniger Biopsien, weniger Überdiagnosen, gleich viele klinisch signifikante Tumore.

# Göteborg-2: MRT-gesteuerte Biopsie halbiert Überdiagnosen

Detektion (Screening + Intervall), %



**RR 0,43**

Überdiagnosen – 57 %

**– 60 %**

Biopsien

**PSA → MRT → gezielte Biopsie: gleicher Nutzen, deutlich weniger Schaden**

## Und die DRU?



Nicht Abschaffung der DRU – sondern der richtige Platz im diagnostischen Algorithmus

# Und Europa? PRAISE-U: PRostate cancer Awareness and Initiative for Screening Europe



Laufzeit: 2023 – 2026

Fördersumme: 12 311 328 €

Ziele: Entwicklung und Prüfung risikobasierter Screeningprogramme für Prostatakrebs sowie Harmonisierung von Leitlinien und Datenaustausch

# Laufende Pilotprojekte in Modellregionen

Spanien:

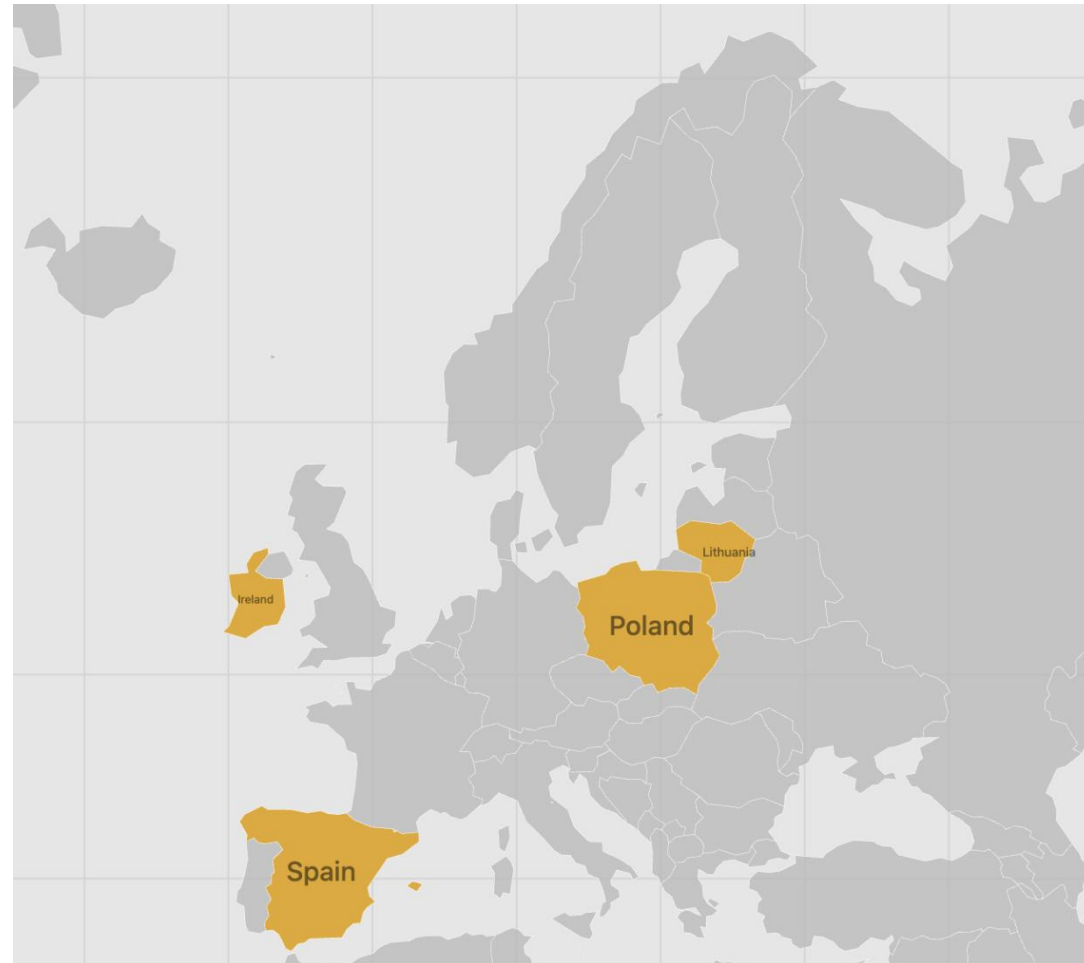
- Galizien
- Katalonien

Irland

Polen

- Niederschlesien

Litauen



## Die Leitlinien folgen

| 4.1                         | Evidenzbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                  | neu 2025         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Empfehlungsgrad<br><b>A</b> | Zur Früherkennung von Prostatakarzinomen soll keine digital-rektale Untersuchung erfolgen.                                                                                                                                                  |                  |
| Evidenzlevel<br><b>2+</b>   | <a href="#">[67]</a> , <a href="#">[68]</a> , <a href="#">[69]</a>                                                                                                                                                                          |                  |
|                             | Konsens                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| 4.2                         | Konsensbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                  | modifiziert 2025 |
| <b>EK</b>                   | Männer ab dem Alter von 45 Jahren mit einer Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren, die eine Prostatakarzinom-Früherkennung wünschen, sollen ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile beraten werden (siehe <a href="#">Tabelle 7</a> ). |                  |
|                             | Starker Konsens                                                                                                                                                                                                                             |                  |
| 4.3                         | Konsensbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                  | modifiziert 2025 |
| <b>EK</b>                   | Männern, die nach dieser Beratung weiter eine Früherkennung wünschen, soll die Bestimmung eines Prostata-spezifischen Antigen (PSA)-Wertes angeboten werden.                                                                                |                  |
|                             | Starker Konsens                                                                                                                                                                                                                             |                  |

PSA wird gestärkt – die DRU verliert ihre Rolle als primärer Früherkennungstest.

# Konsequenzen aus dem mpMRT

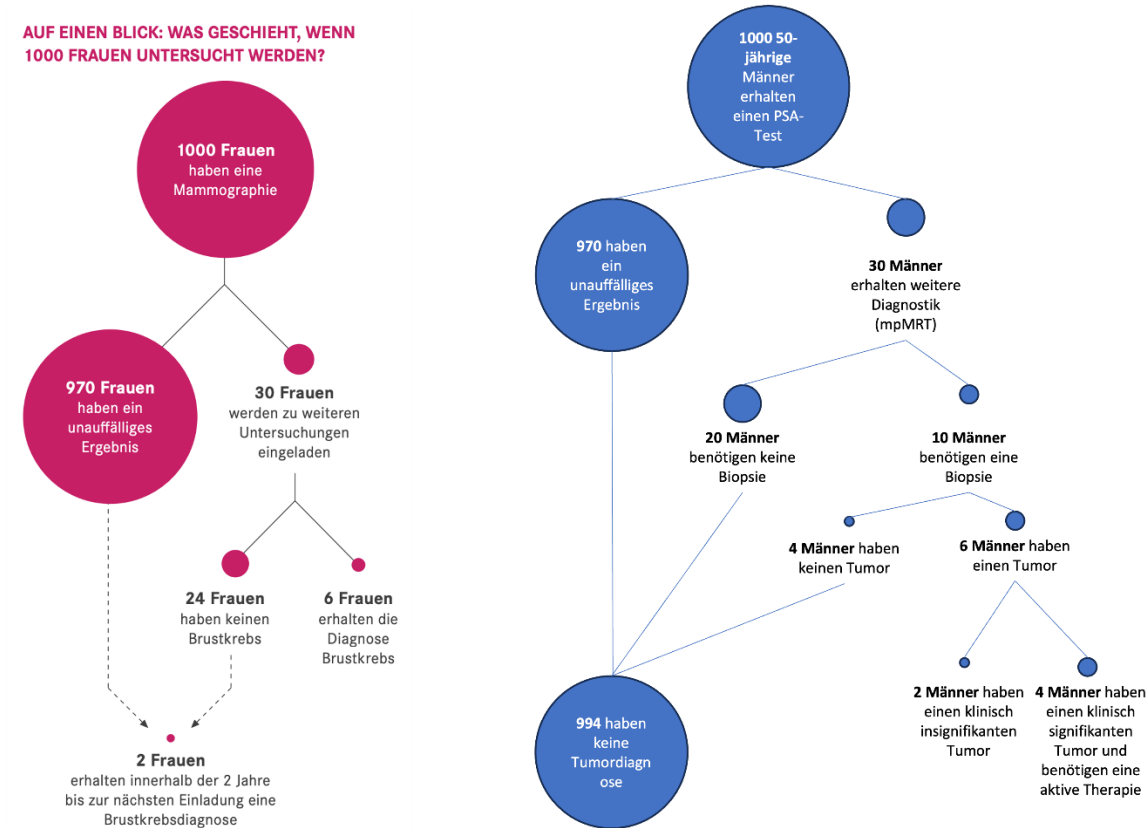
| 4.23 | Konsensbasierte Empfehlung                                           | neu 2025 |
|------|----------------------------------------------------------------------|----------|
| EK   | Bei PI-RADS 1 und 2 Befunden soll keine Biopsie durchgeführt werden. |          |
|      | Konsens                                                              |          |

| 4.17                        | Evidenzbasierte Empfehlung                                                                                                                             | modifiziert 2025 |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Empfehlungsgrad<br><b>A</b> | Die in der MRT beschriebenen Karzinom-suspekten Herde (PI-RADS 4 und 5) sollen durch die Entnahme von 2-3 Zylindern pro Herd gezielt biopsiert werden. |                  |
| Evidenzlevel<br><b>2++</b>  | <a href="#">[129]</a> , <a href="#">[130]</a> , <a href="#">[131]</a> , <a href="#">[132]</a>                                                          |                  |
|                             | Starker Konsens                                                                                                                                        |                  |

| 4.18                        | Evidenzbasierte Empfehlung                                                                                  | neu 2025 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Empfehlungsgrad<br><b>A</b> | PI-RADS 3 Befunde in der MRT der Prostata sollen bei niedrigem individuellem Risiko nicht biopsiert werden. |          |
| Evidenzlevel<br><b>2++</b>  | <a href="#">[129]</a> , <a href="#">[130]</a> , <a href="#">[131]</a> , <a href="#">[132]</a>               |          |
|                             | Konsens                                                                                                     |          |

(Fast) alle Patienten brauchen ein mpMRT vor Biopsie!

# Wie gut ist modernes Screening eigentlich?



Was wir beim Mammographie-Screening akzeptieren, erscheint auch beim Prostatakarzinom plausibel.

# 2025–2026: G-BA II – Bewertung eines risikoadaptierten PSA- und MRT-Screenings

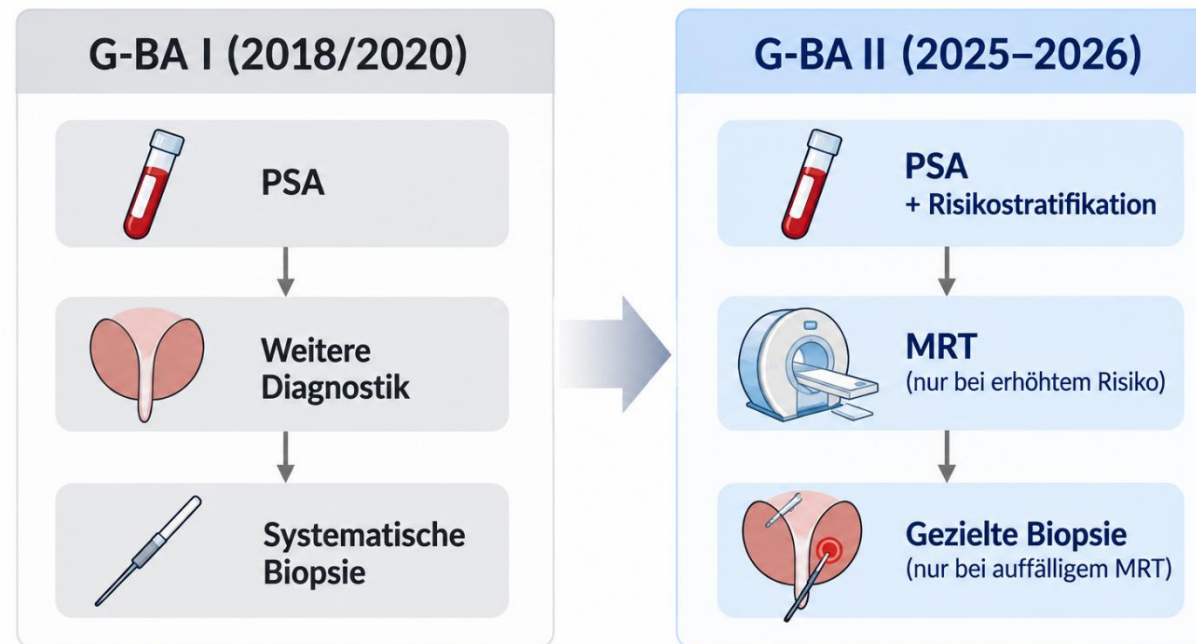
Pressemitteilung | Methodenbewertung

## Früherkennung von Prostatakrebs: GBA prüft risikoabhängiges Angebot

**Berlin, 16. Oktober 2025** – Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) berät ab heute über ein gezielteres Früherkennungsangebot auf Prostatakrebs: mittels Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Wert) und Magnetresonanztomographie (MRT). Im ersten Schritt lässt das Gremium den aktuellen Stand des medizinischen Wissens zum risikoadaptierten Screening für Männer recherchieren und bewerten. Auf dieser Basis wird der GBA im zweiten Schritt beraten, wie das neue Angebot im Detail ausgestaltet sein muss. Mit einem Ergebnis ist spätestens in zwei Jahren – also im Oktober 2027 – zu rechnen. Auslöser des mit dem heutigen Beschluss offiziell gestarteten → Bewertungsverfahrens ist ein Antrag der Patientenvertretung im GBA und des unparteiischen GBA-Vorsitzenden, Prof. Josef Hecken.

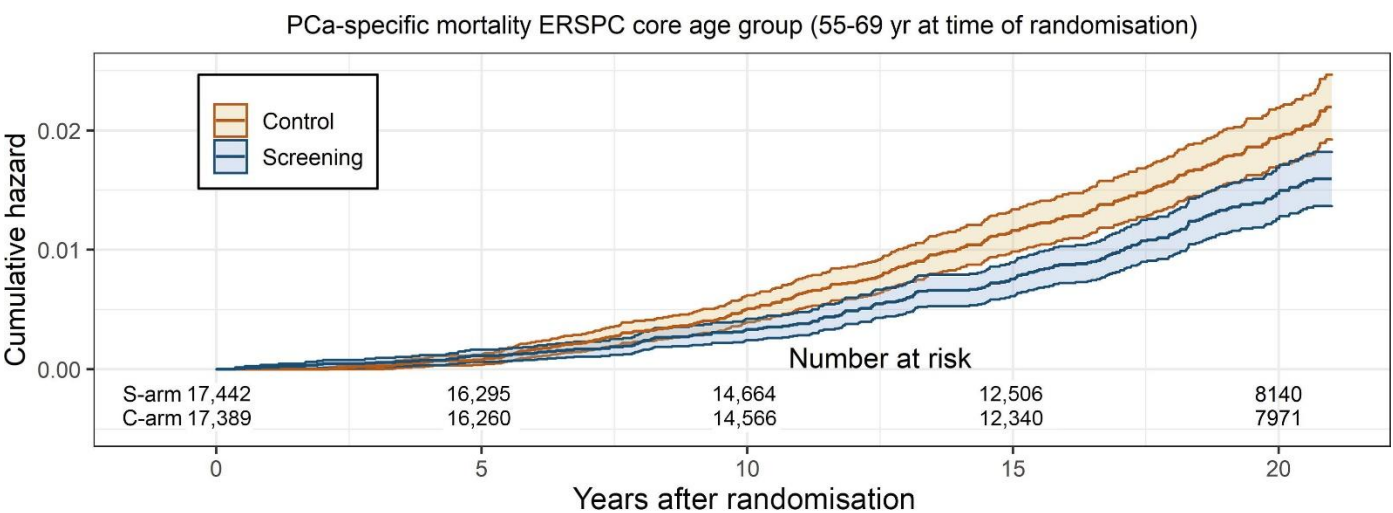
Neue Methode – neue Nutzen-Schaden-Bilanz?

# 2020 versus 2025



Der neue Antrag beantwortet genau die Kritikpunkte der ersten Nutzenbewertung.

# ERSPC 2025: Die PSA-Evidenz wird stärker



|                                   | 9 Jahre | 13 Jahre | 23 Jahre |
|-----------------------------------|---------|----------|----------|
| Relative PCa-Mortalitätsreduktion | 20 %    | 21 %     | 13 %     |
| Number needed to invite           | 1.410   | 781      | 456      |
| Number needed to diagnose         | 48      | 27       | 12       |

Auch die Evidenz für den Nutzen ist 2026 nicht mehr dieselbe wie 2020.

# PROBASE: Deutschland liefert eigene Evidenz

Basis-PSA mit 45 Jahren – Risikogruppen (1. Runde, n = 23.301)

**89,2 %**      **niedrig** < 1,5 ng/ml  
→ Kontrolle nach 5 Jahren

**9,3 %**      **intermediär** 1,5–2,99 ng/ml  
→ Kontrolle nach 2 Jahren

**1,5 %**      **hoch** ≥ 3 ng/ml  
→ MRT + Biopsie

**46.642**

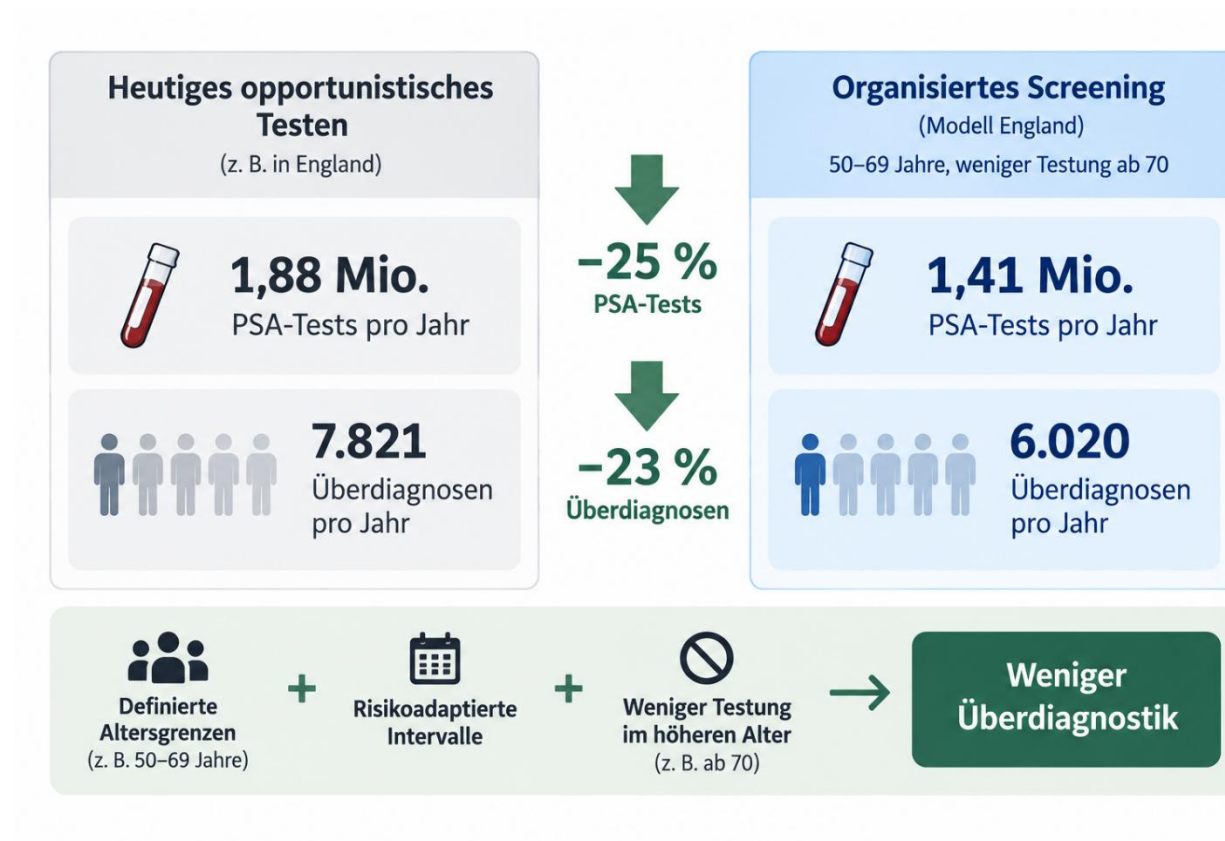
Männer, randomisiert mit 45 J.

**0,2 %**

PCa-Prävalenz mit 45 J. – nur 0,02 %  
aggressiv

**Basis-PSA mit 45: 9 von 10 Männern ins 5-Jahres-Intervall – DRU verzichtbar**

# Mehr Screening = mehr Überdiagnostik?



Organisiertes Screening verringert die Überdiagnostik.

# IQWiG Vorbericht 2026

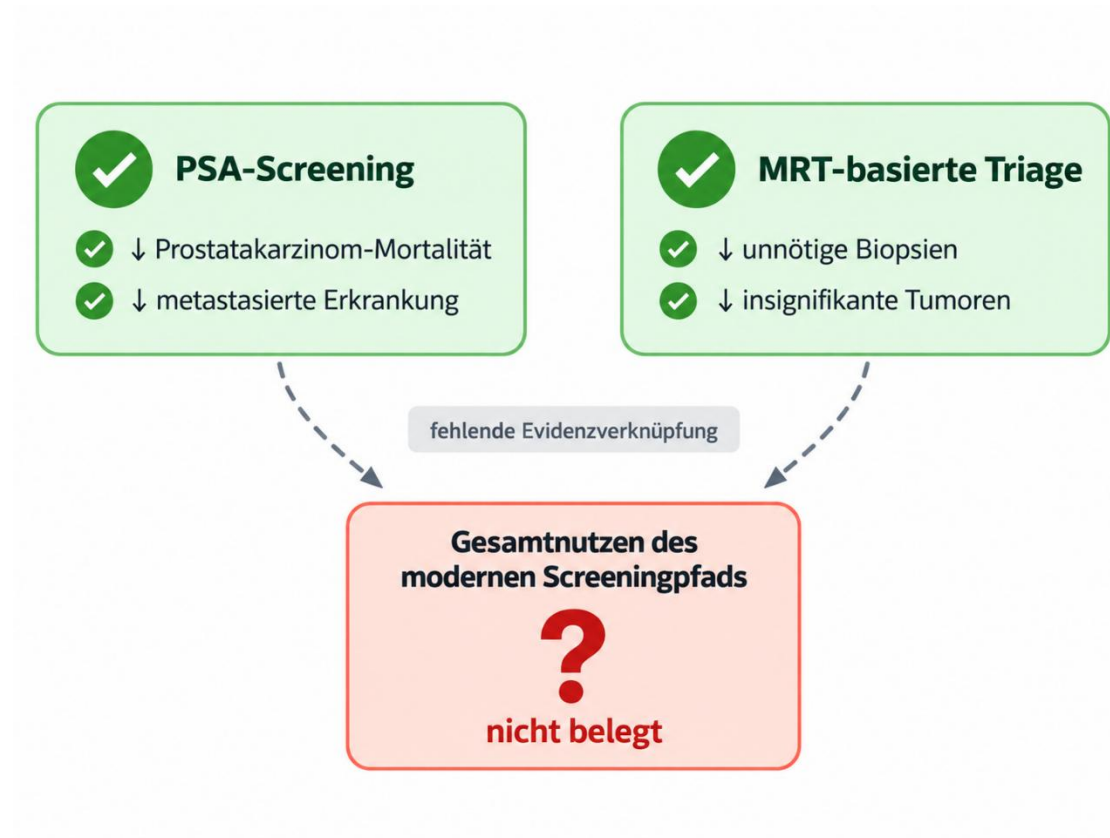
23.06.2026

## Früherkennung des Prostatakarzinoms: Vorbericht zum risikoadaptierten PSA- und MRT-Screening veröffentlicht

Interessierte können bis zum 21.07.2026 Stellung nehmen.

Trotz des neuen risikoadaptierten PSA-MRT-Pfads sieht das IQWiG weiterhin keinen belegten Nutzen des Gesamtscreenings.

# IQWiG 2026



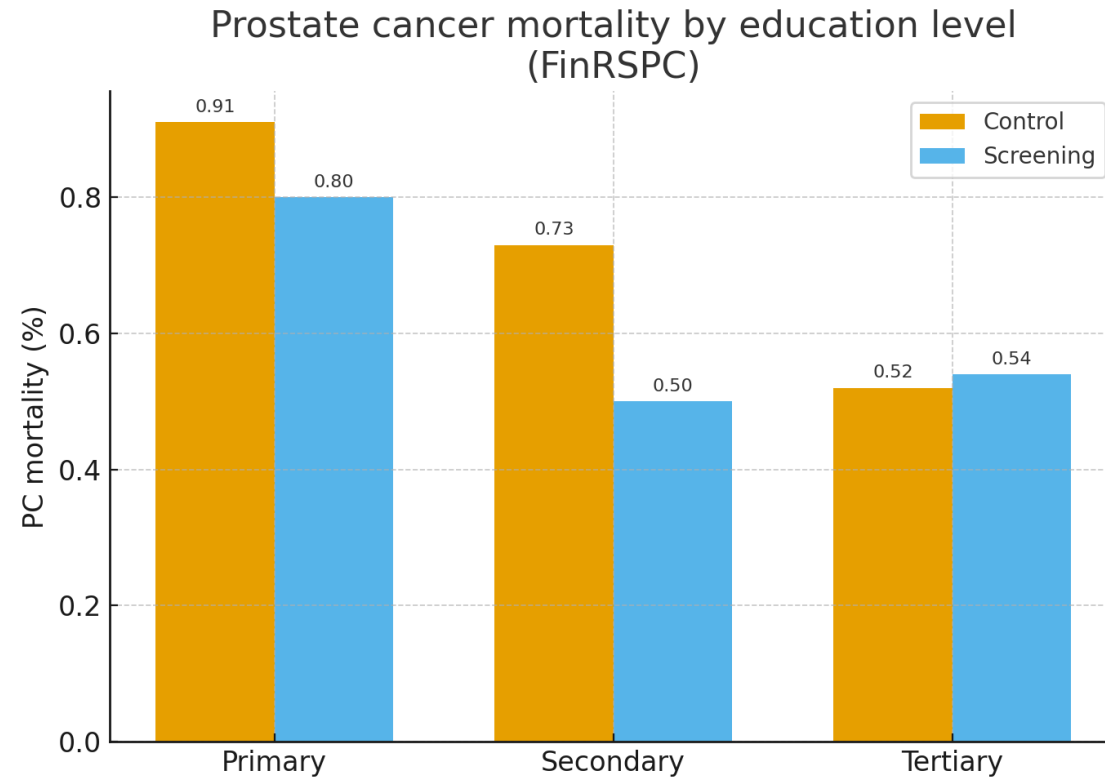
Hier liegt der zentrale Widerspruch der aktuellen Bewertung.

# Und der heutige Status quo?



Andere Vorsorgemaßnahmen stehen vor dem Aus. Lieber mehr metastasierte Erkrankungen?

# Einfluss von Bildung auf Prostatakarzinom-assoziierte Mortalität im Rahmen der Früherkennung



Vor allem gering gebildete profitieren von organisierter Früherkennung!

# Status quo: Opportunistisches Screening in Deutschland

- Es existieren in Deutschland keine “echten” organisierten Früherkennungsprogramme
  - ABER: Jede Urolog\*in in Deutschland betreibt organisiert Früherkennung in der Praxis
- Inanspruchnahme der Früherkennung hängt stark ab vom
  - Bildungsgrad
  - Zugang zum Gesundheitssystem
  - Allgemeiner Gesundheit
  - Urologischer Anbindung
- Viele Männer fallen aus dem Raster
  - → vermeidbare metastasierte Prostatakarzinome
  - → vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem

# Prostatakarzinom-Früherkennung 2026: Zeit für den nächsten Schritt

PSA-Screening senkt Mortalität und Metastasierung

Risikoadaptation und MRT reduzieren Biopsien und Überdiagnosen

Organisiertes Screening soll opportunistisches Testen ersetzen

---

# Neue Entwicklungen in der Früherkennung und Therapie des Prostatakarzinoms

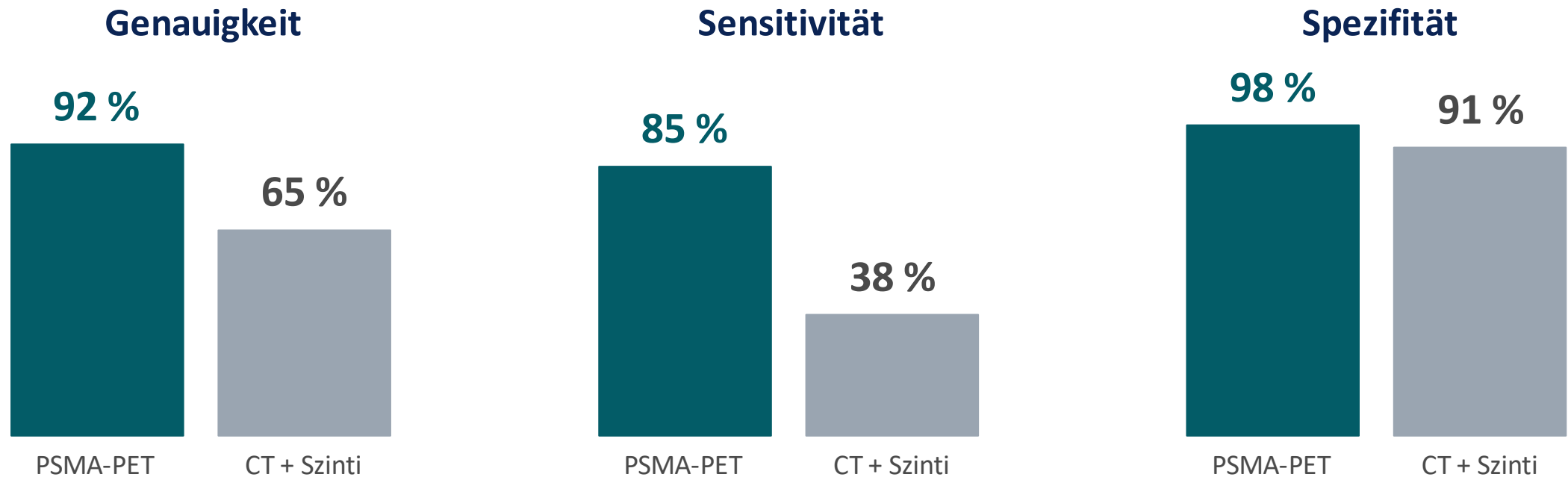
*Univ.-Prof. Dr. med. Axel S. Merseburger  
Klinik für Urologie, UKSH Campus Lübeck*

**07.10.2026**

**Qualitätskonferenz Prostatakrebs 2026**  
Krebsregister Schleswig-Holstein  
Ärztekammer SH, Bad Segeberg

# Staging: PSMA-PET/CT schlägt konventionelle Bildgebung

proPSMA – Hochrisiko-PCa vor kurativer Therapie (n = 302)



**Präziseres Staging – Basis für Stadienmigration und Therapieentscheidung**

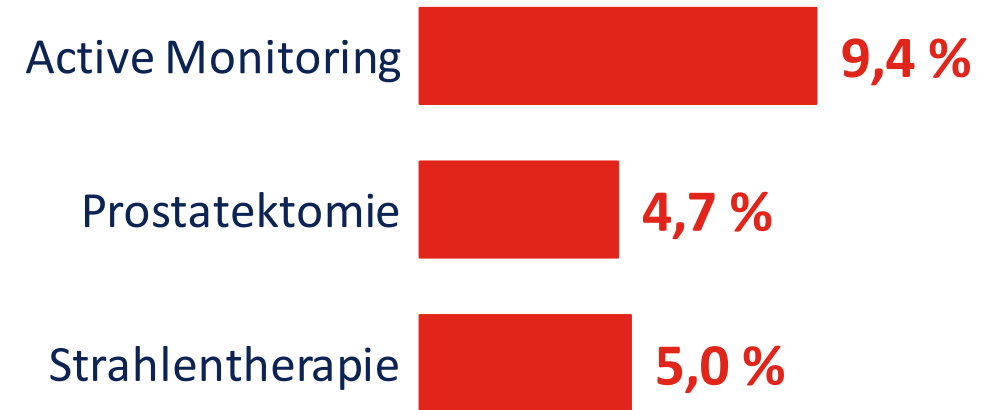
# Lokalisiert: ProtecT nach 15 Jahren

n = 1.643 · PSA-detektiertes, lokalisiertes PCa

## PCa-spezifische Mortalität



## Metastasierung



**97 % überleben 15 Jahre – Therapie halbiert Metastasen, nicht die PCa-Mortalität**

# Strahlentherapie: 5 statt 20–39 Fraktionen

PACE-B – Niedrig-/intermediäres Risiko, n = 874

SBRT



konventionell / moderat hypofraktioniert



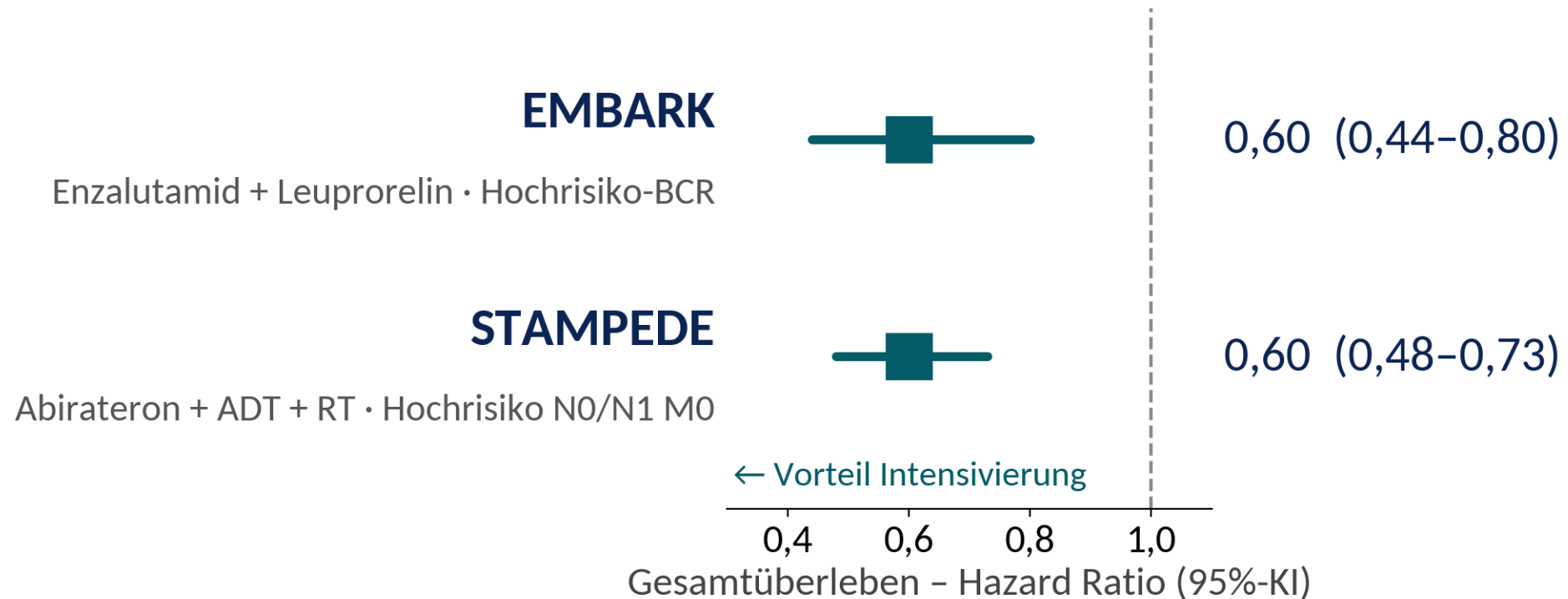
95,8 %  
SBRT

94,6 %  
Kontrolle

Freiheit von biochemischem/klinischem  
Versagen nach 5 Jahren – Nichtunterlegenheit  
belegt

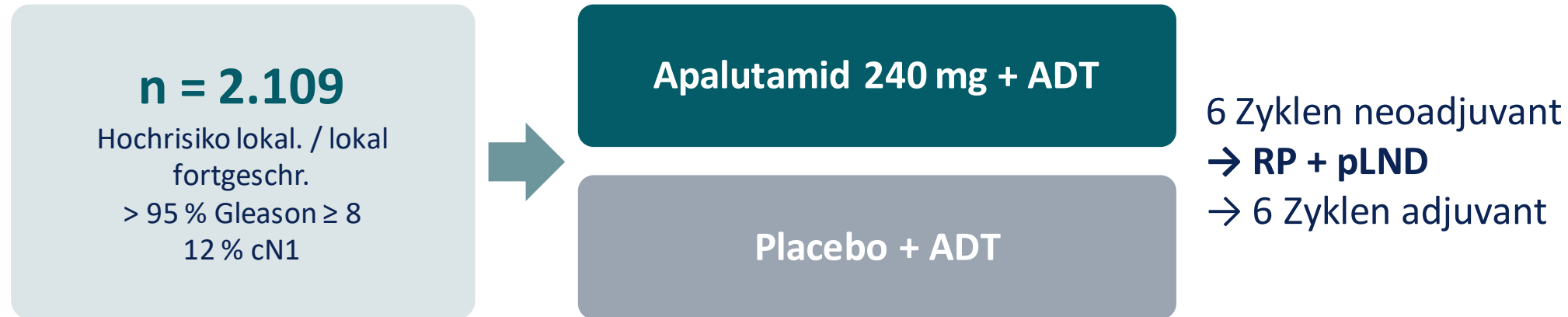
Kürzere Behandlung, gleiche Tumorkontrolle – weniger Anfahrten

# Hochrisiko M0 & BCR: Intensivierung verlängert Überleben

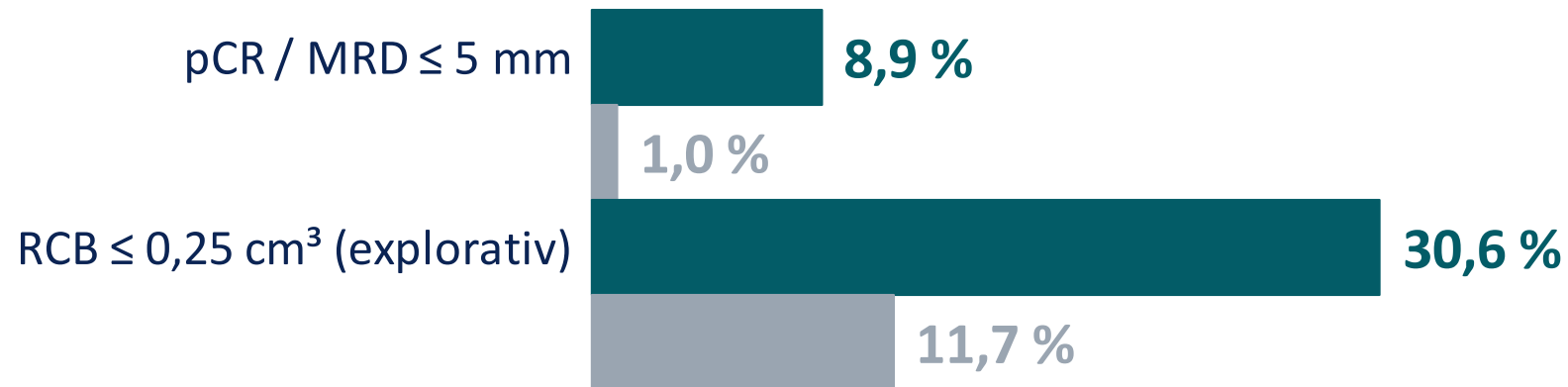


**EMBARC: 8-Jahres-Überleben 78,9 % vs. 69,5 %**

# PROTEUS: Apalutamid perioperativ zur RP

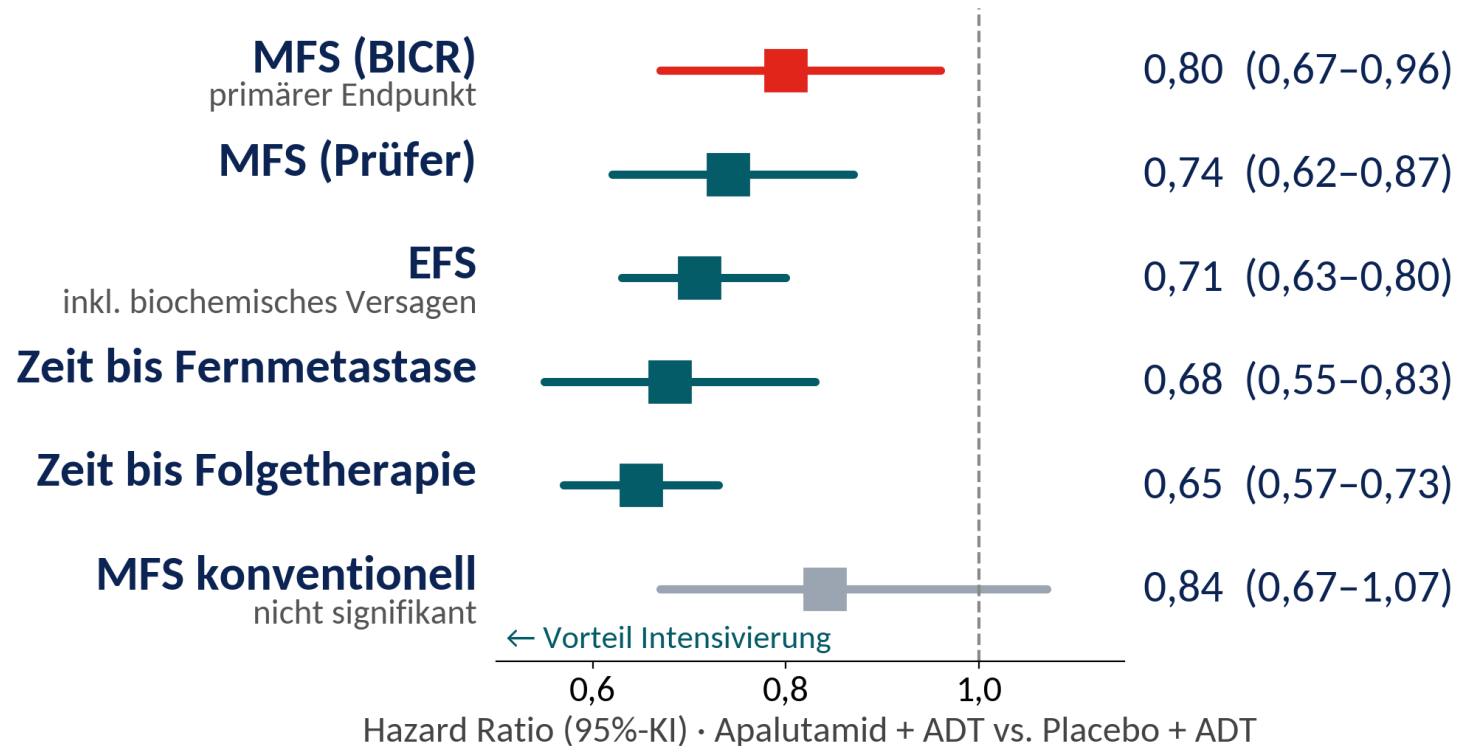


## Pathologisches Ansprechen (BICR)



**OR 10,2**  
pCR/MRD · ypT0 5,1 %  
vs. 0,4 %

# PROTEUS: weniger Metastasen, später Folgetherapie



**74 vs. 42**

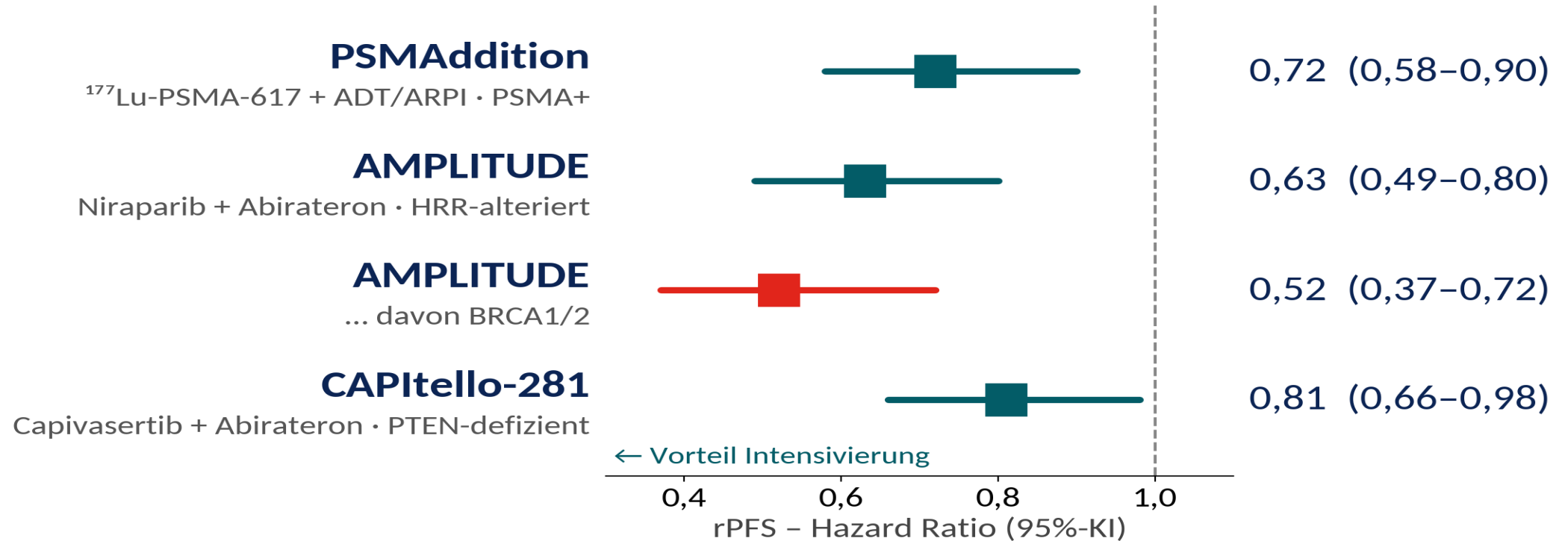
Monate bis Folgetherapie  
(Median)

**27,5 %**

Grad 3/4 TRAE vs. 18,9 % ·  
Rash 33 %

**Erstmals MFS-Vorteil perioperativ zur RP – Vergleich vs. RP allein offen**

# mHSPC: nach der Triplette kommt die Biomarker-Ära



**PSMA · HRR/BRCA · PTEN: Selektion steuert die Intensivierung**

# Was heißt das für Schleswig-Holstein?

1

## Früherkennung

Stadienverteilung und Anteil M1 bei Erstdiagnose – Effekt von Screening und PSMA-Staging

2

## Leitlinientreue

MRT vor Biopsie · Active Surveillance bei Niedrigrisiko · Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie

3

## Neue Therapien

Therapieintensivierung im mHSPC und bei Hochrisiko – kommt sie beim Patienten an?

**Das Krebsregister macht sichtbar, ob Evidenz beim Patienten ankommt**

# Take-Home-Messages

- 1 PSA-Screening senkt Mortalität – die Evidenz wird mit jedem Follow-up stärker
- 2 Risikoadaptiert: Basis-PSA mit 45, MRT vor Biopsie – weniger Überdiagnosen
- 3 Organisiertes statt opportunistisches Screening – Entscheidung von G-BA/IQWiG steht aus
- 4 Therapie: De-Eskalation bei Niedrigrisiko – Intensivierung bei Hochrisiko (u. a. PROTEUS)
- 5 mHSPC: Biomarker (PSMA, HRR, PTEN) steuern die nächste Therapiegeneration

# Referenzen (Ergänzungen)

- Arsov C et al. A randomized trial of risk-adapted screening for prostate cancer in young men – PROBASE. Int J Cancer 2022;150:1861–73.
- Krilaviciute A et al. Digital rectal examination is not a useful screening test for prostate cancer. Eur Urol Oncol 2023;6:566–73.
- Hugosson J et al. Prostate cancer screening with PSA and MRI followed by targeted biopsy only. N Engl J Med 2022;387:2126–37.
- Hugosson J et al. Results after four years of screening and systematic biopsy vs MRI-targeted biopsy. N Engl J Med 2024;391:1083–95.
- Hofman MS et al. PSMA PET-CT in patients with high-risk prostate cancer before curative-intent surgery or radiotherapy (proPSMA). Lancet 2020;395:1208–16.
- Hamdy FC et al. Fifteen-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer ( ProtecT ). N Engl J Med 2023;388:1547–58.
- van As N et al. Phase 3 trial of stereotactic body radiotherapy in localized prostate cancer (PACE-B). N Engl J Med 2024;391:1413–25.
- Freedland SJ et al. Improved survival with enzalutamide in biochemically recurrent prostate cancer (EMBARK). N Engl J Med 2025.
- Attard G et al. Abiraterone acetate plus prednisolone with or without enzalutamide for high-risk non-metastatic prostate cancer (STAMPEDE). Lancet 2022;399:447–60.
- Tagawa ST et al. PSMAAddition: 177Lu-PSMA-617 plus ADT + ARPI in PSMA+ mHSPC. ESMO 2025, LBA6.
- Attard G et al. Niraparib and abiraterone for HRR-deficient mCSPC (AMPLITUDE). Nat Med 2025;31:4109–18.
- Fizazi K et al. Capivasertib plus abiraterone in PTEN-deficient mHSPC (CAPItello-281). Ann Oncol 2026;37:53–68.
- Taplin ME et al. Perioperative apalutamide in high-risk localized prostate cancer (PROTEUS). N Engl J Med 2026; doi:10.1056/NEJMoa2603878.
- IQWiG. Vorbericht S25-02: Risikoadaptiertes PSA- und MRT-Screening, 06/2026; Abschlussbericht angekündigt für Q4/2026.

# Vielen Dank!

*Fragen & Diskussion*

**Univ. Prof. Dr. med. Axel S. Merseburger**  
Klinik für Urologie, UKSH Campus Lübeck

## Lass deine Vorsorge nicht schleifen.

Geh zur  
Prostatakrebs-  
Früherkennung.

Mehr Infos auf [urocheck.de](http://urocheck.de)



Unterstützt von:  
Johnson & Johnson



# Regionale Versorgungsqualität

Qualitätskonferenz Prostatakrebs, 07. Oktober 2026

Dr. Ron Pritzkeleit (Auswerter)

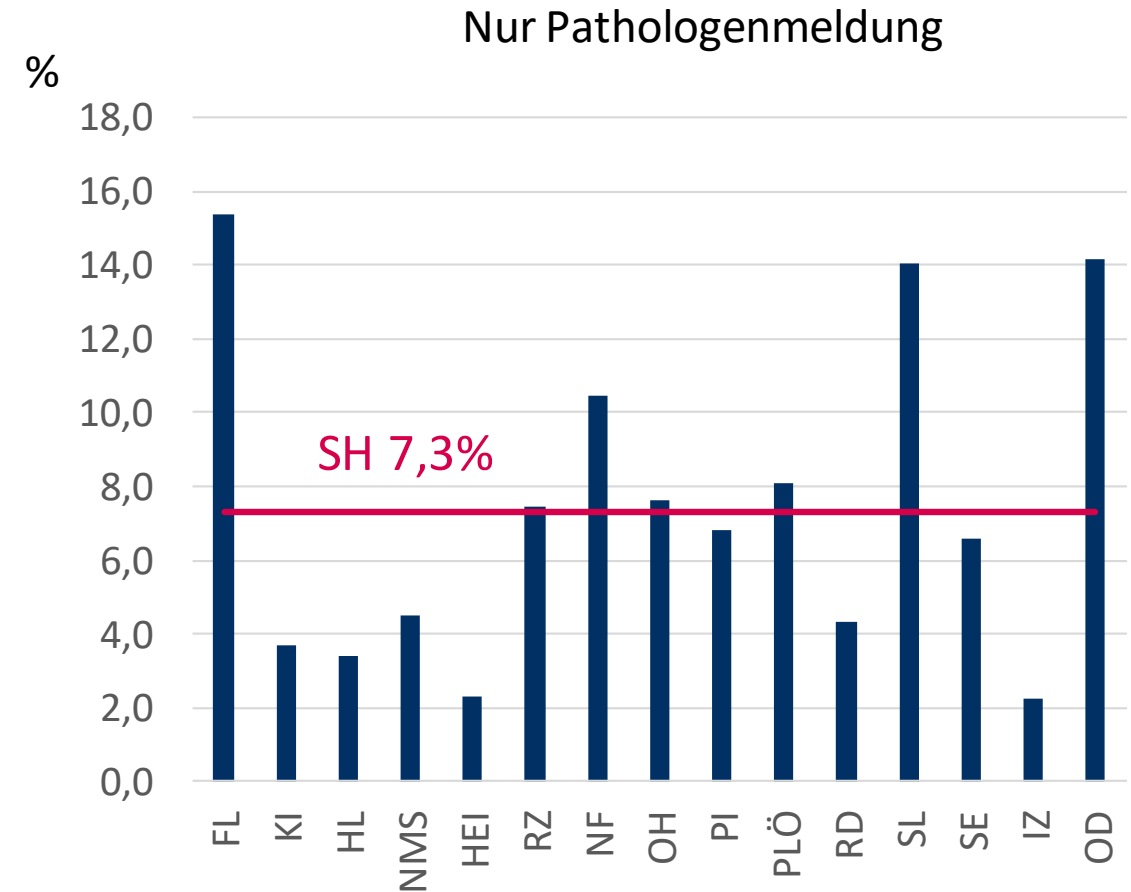
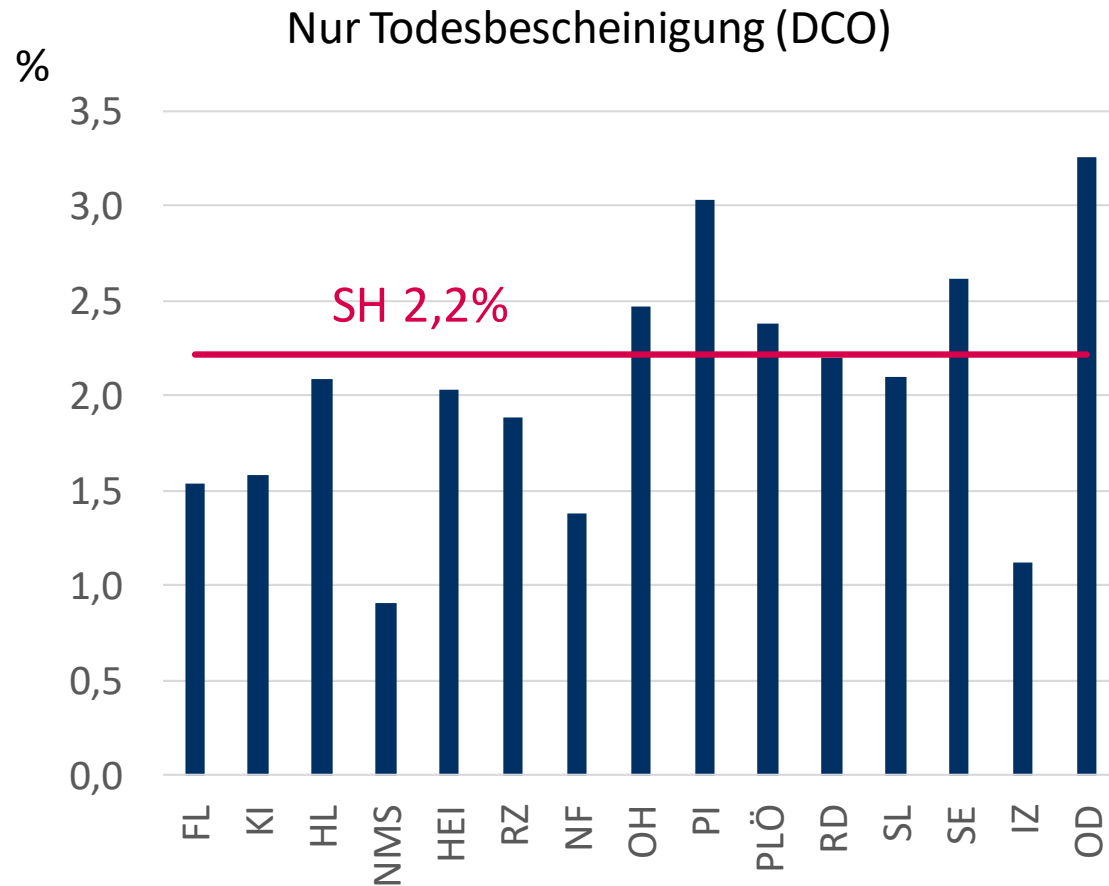
Dr. Christiane Rudolph (Vortragende)

# Methodische Hinweise

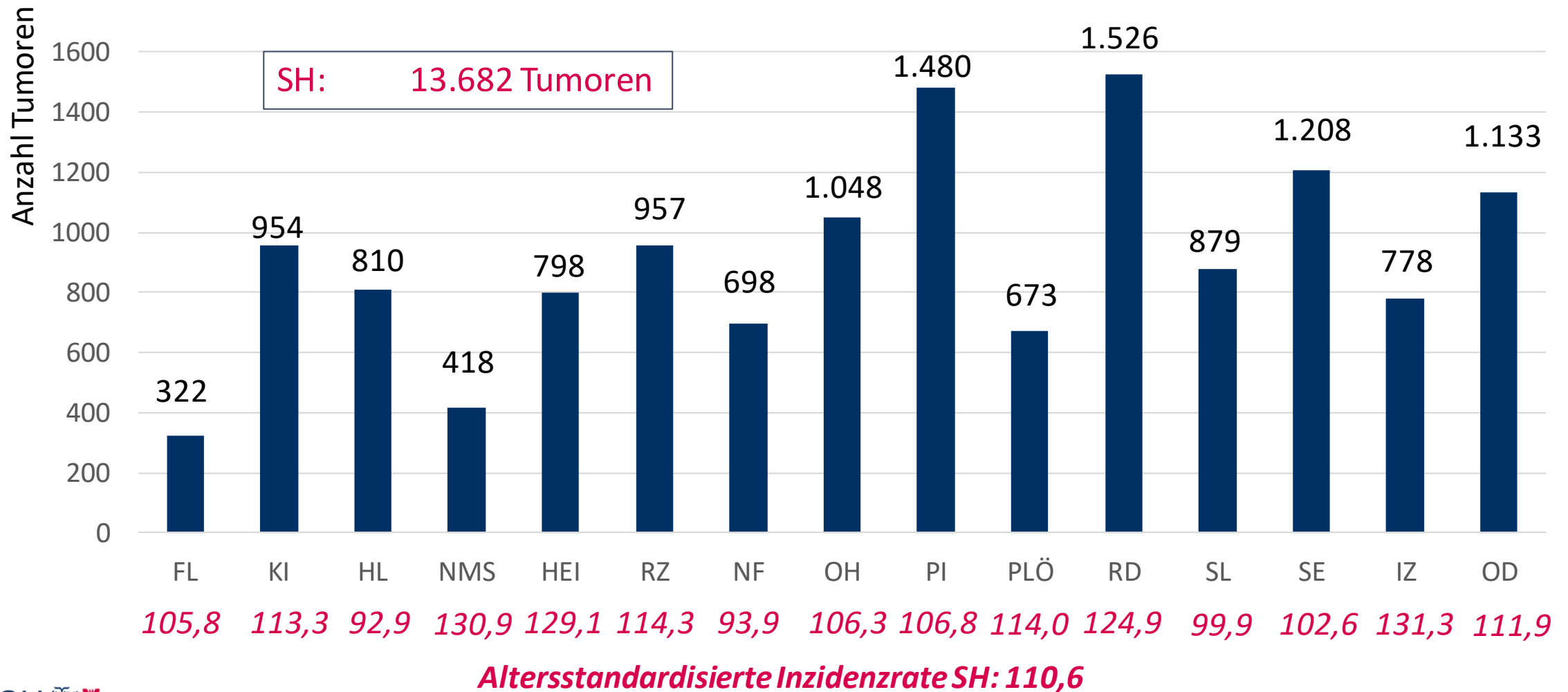
- Prostatakrebs C61 nach ICD-10
- Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein 2021 – 2025
- Wohnortbezogene Perspektive
  - Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner Schleswig-Holsteins
  - unabhängig vom Behandlungsort
  - nicht eingeschlossen sind Behandelte mit Wohnort außerhalb SH
- Grundlage ist der Wohnort in SH zum Zeitpunkt der Diagnose

# Basisdaten

# DCO-Rate und solitäre Pathologienmeldungen nach Kreis

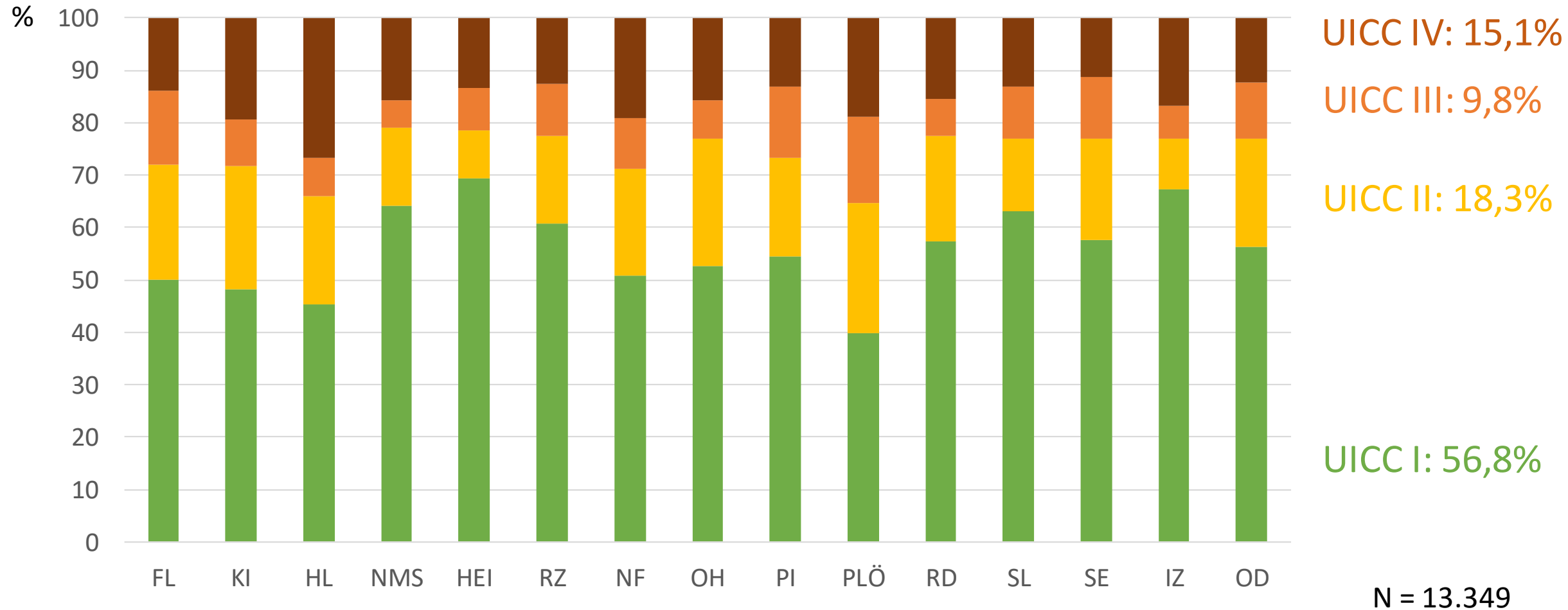


# Fallzahlen – nach Kreis (Diagnosejahre 2021-2025)

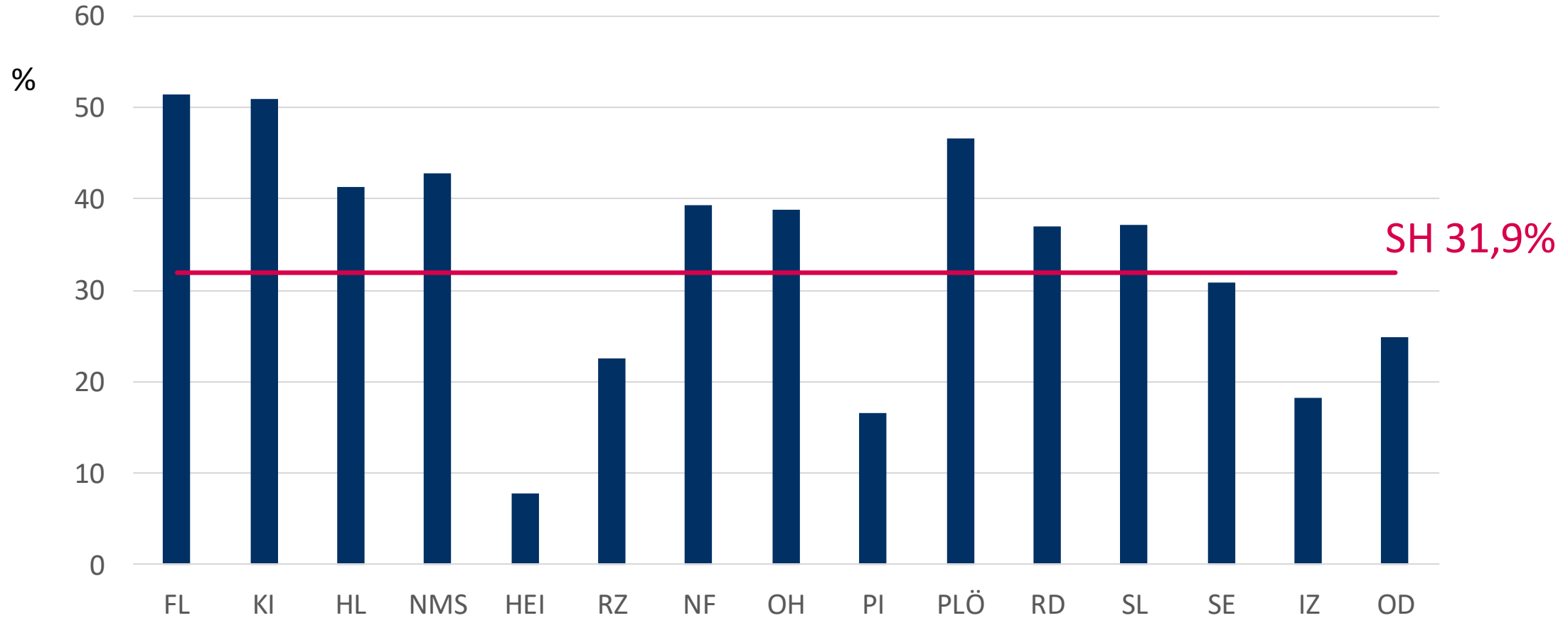


# Verteilung nach Tumorstadium

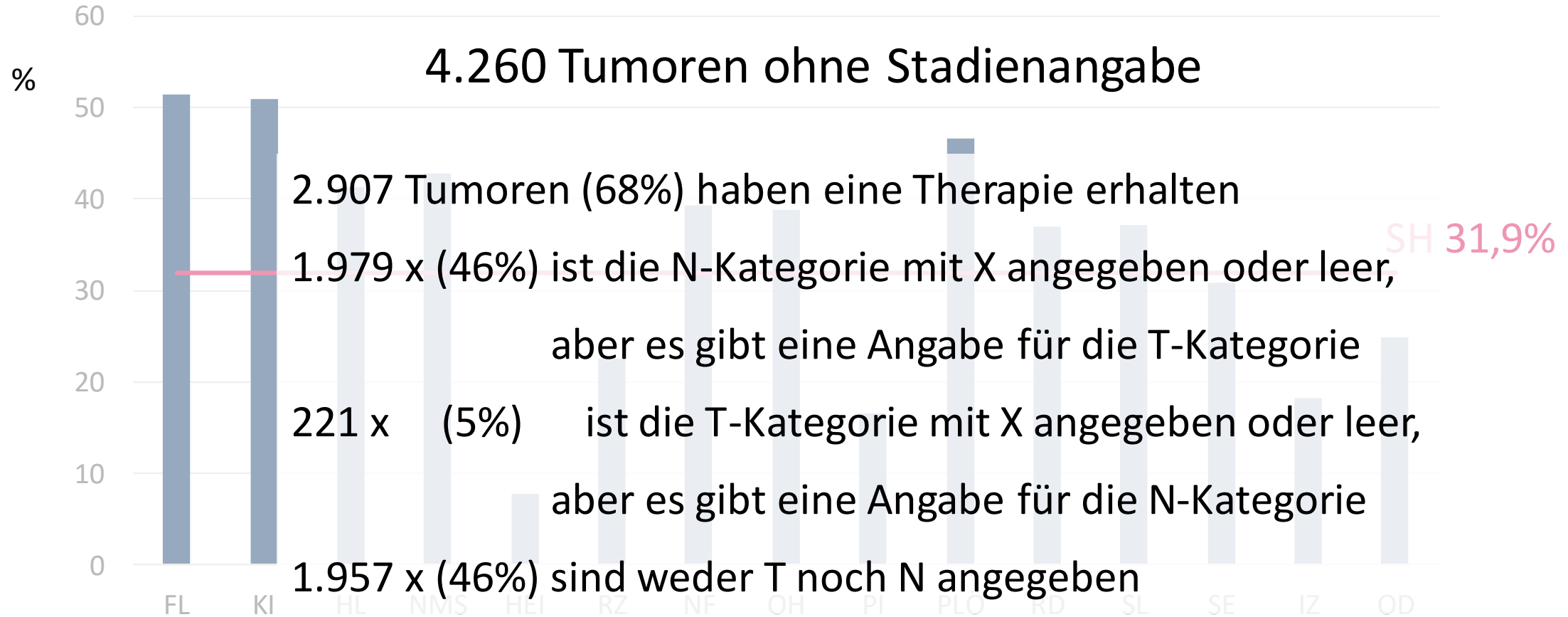
UICC X = 31,8%



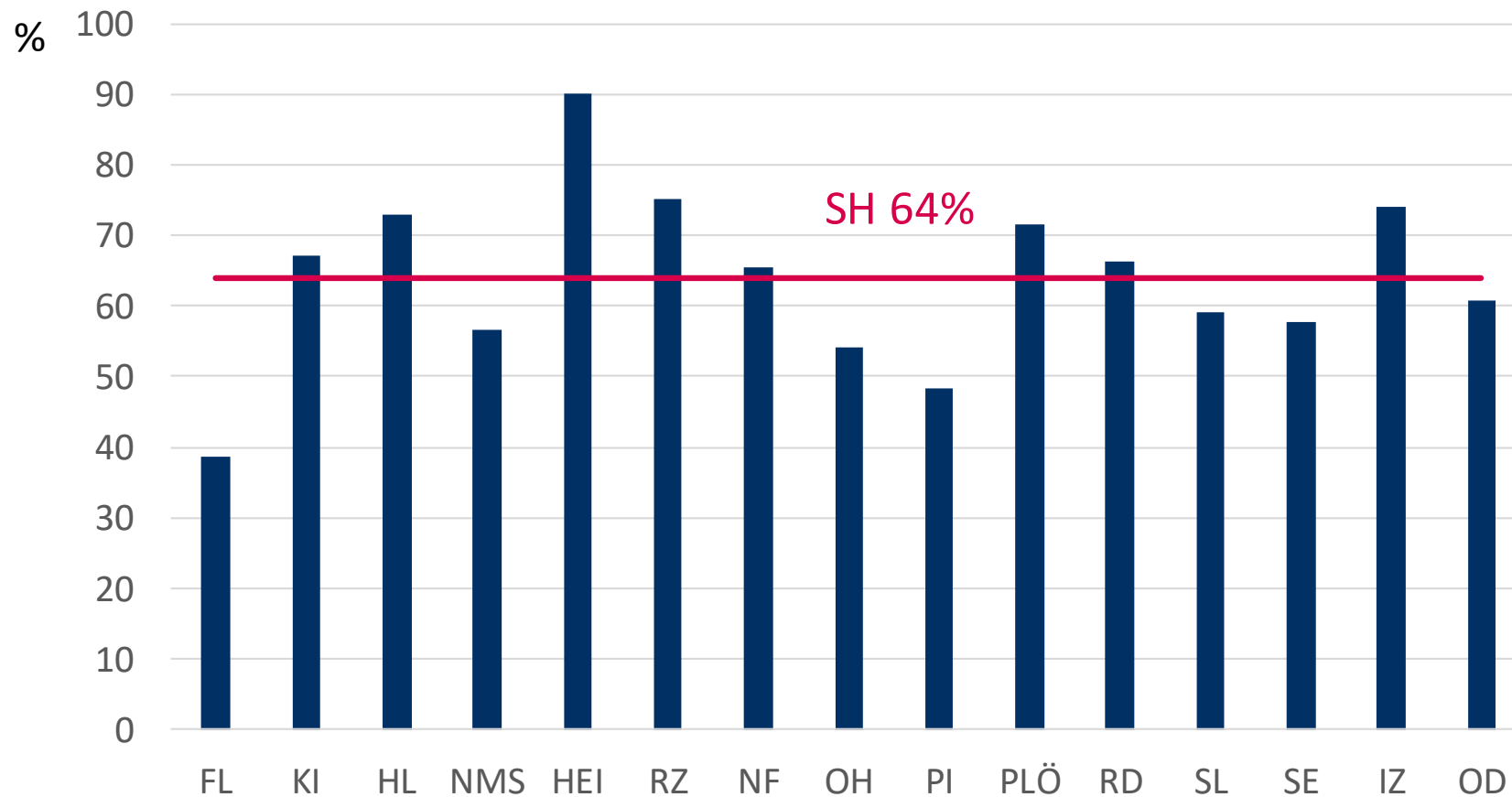
# Fehlendes UICC-Stadium



# Fehlendes UICC-Stadium



# PSA- Angaben vorhanden



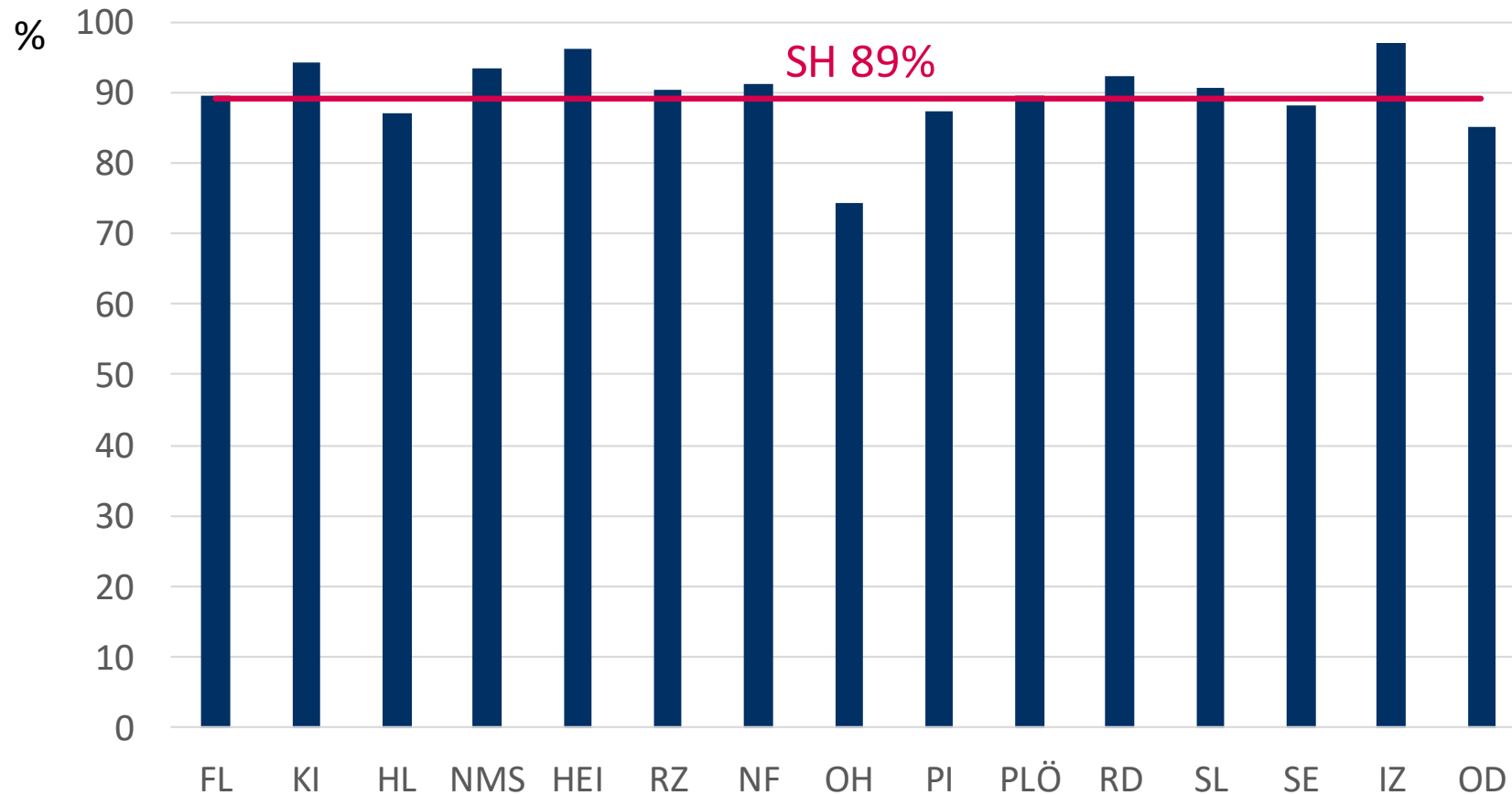
Voraussetzung:  
mindestens ein PSA-Wert  
und  
ein zugehöriges Datum

Wenn PSA angegeben:

- 2% unter 1
- 53% zwischen 1 und 10
- 37% zwischen 10 und 100
- 7% zwischen 100 und 1.000
- 2% über 1.000

36% fehlender Werte unabhängig,  
ob eine Therapie registriert wurde  
oder nicht

# Gleason-Score vorhanden

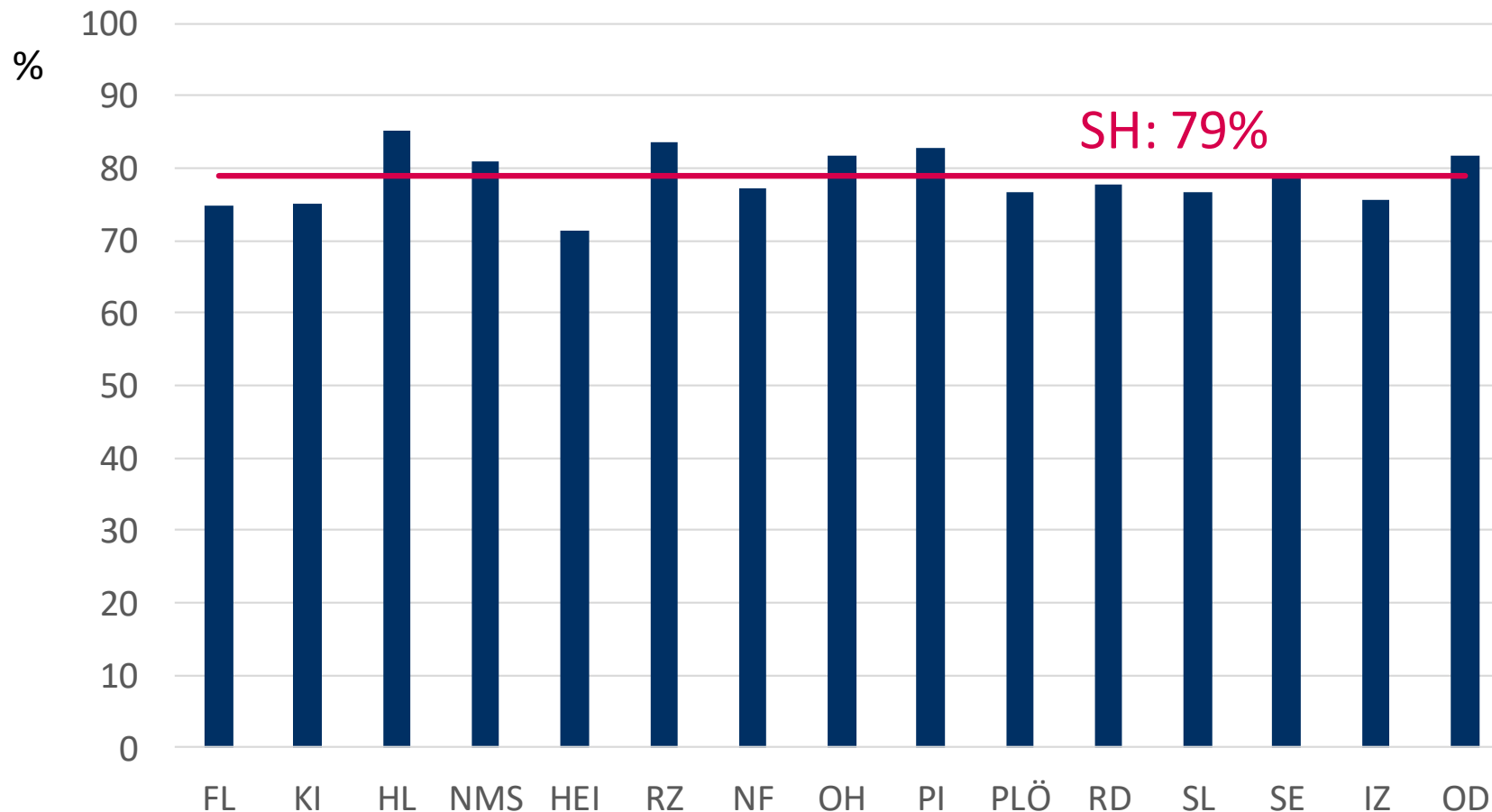


## Verteilung SH:

- 0,1%: < 6
- 25,4%: 6
- 49,1%: 7
- 7,1%: 8
- 16,1%: 9
- 2,2%: 10

# Therapien

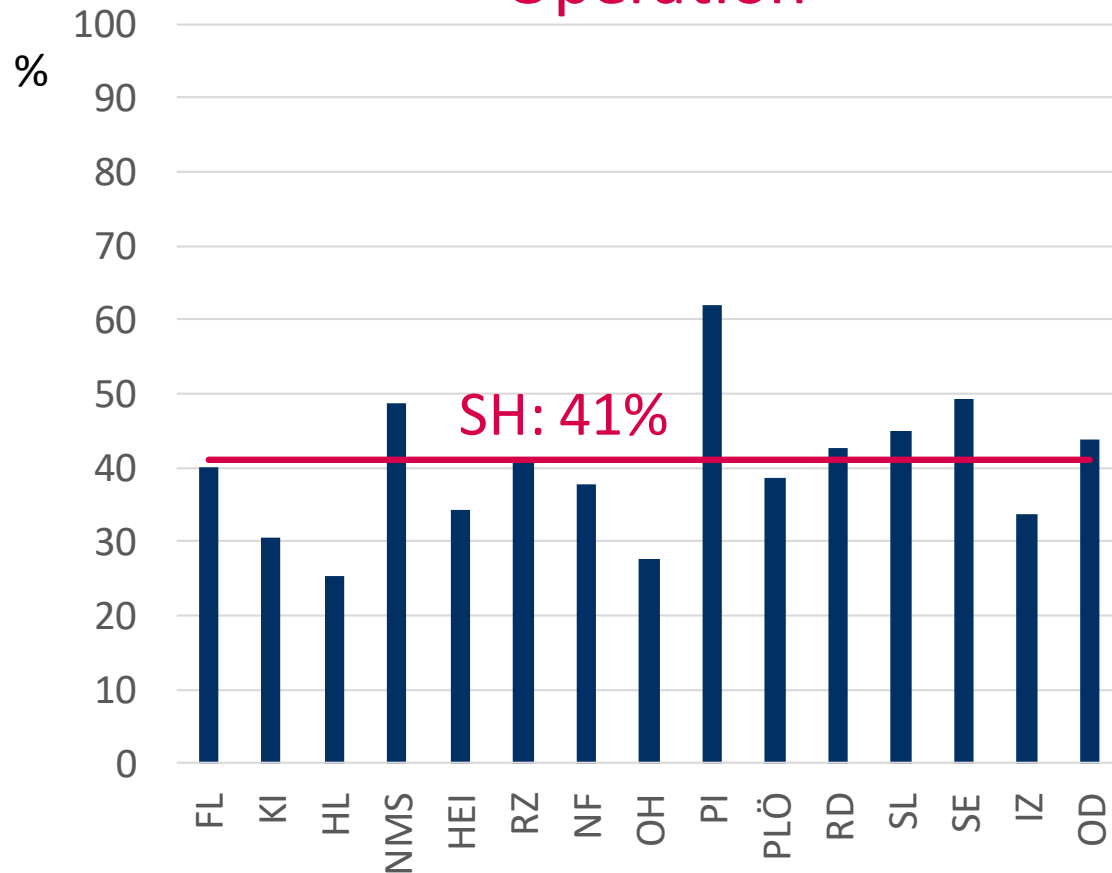
# Tumoren mit dokumentierter Therapie



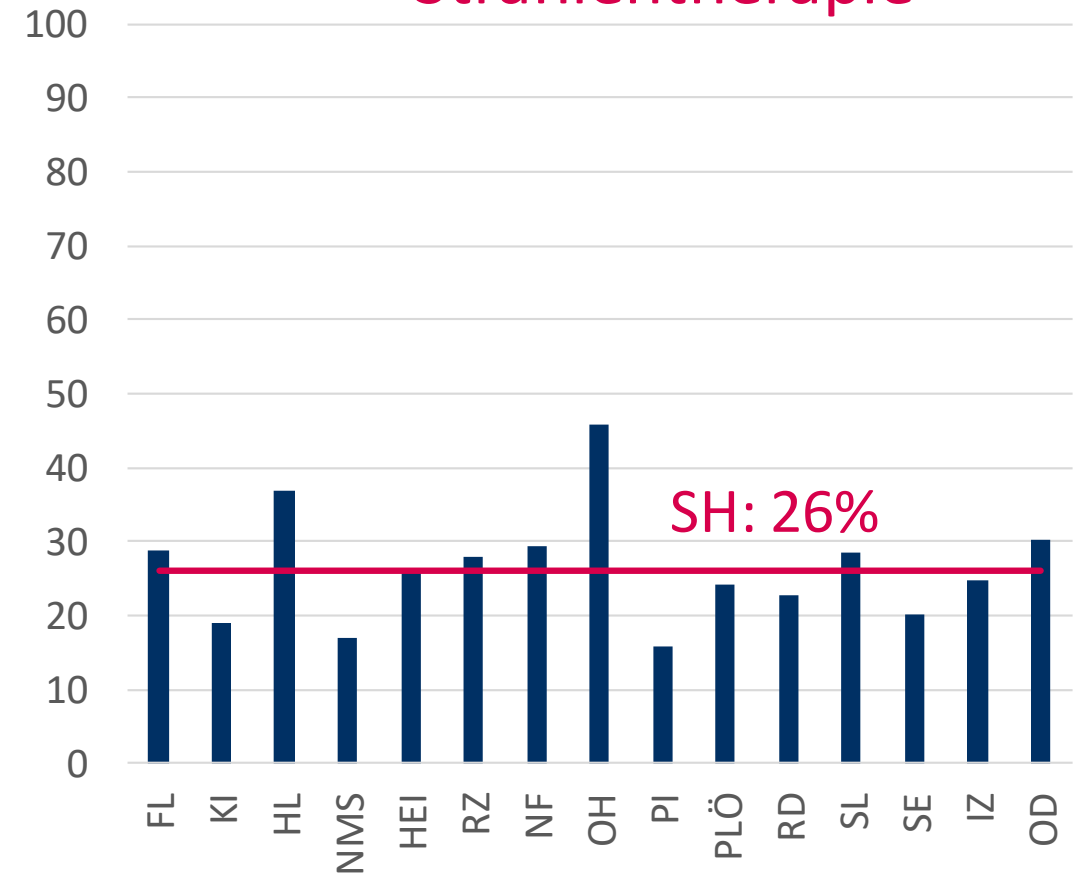
- Ohne Verstorbene innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose
- Ohne Patienten > 80 Jahre
- Ohne fernmetastasierte Tumoren
- N = 11.256
- **Soll: > 85%**
- Ohne Einschränkungen: 76,5%

# Tumoren mit dokumentierter ...

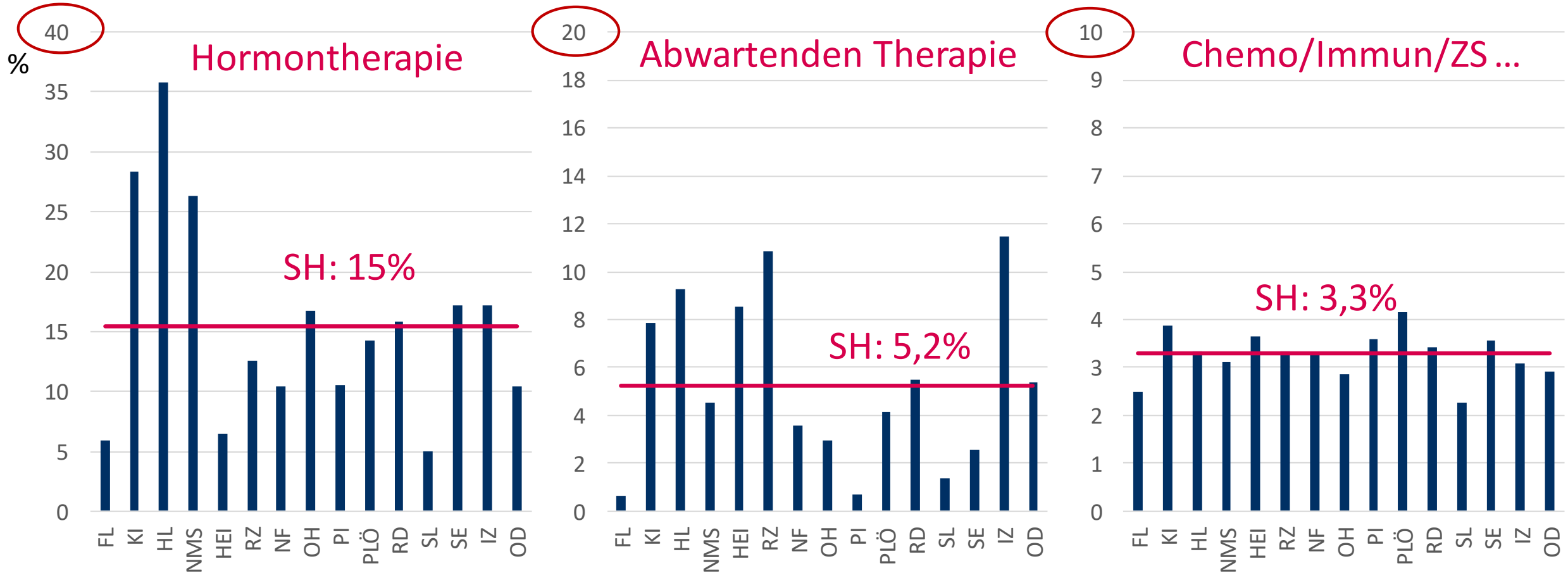
## Operation



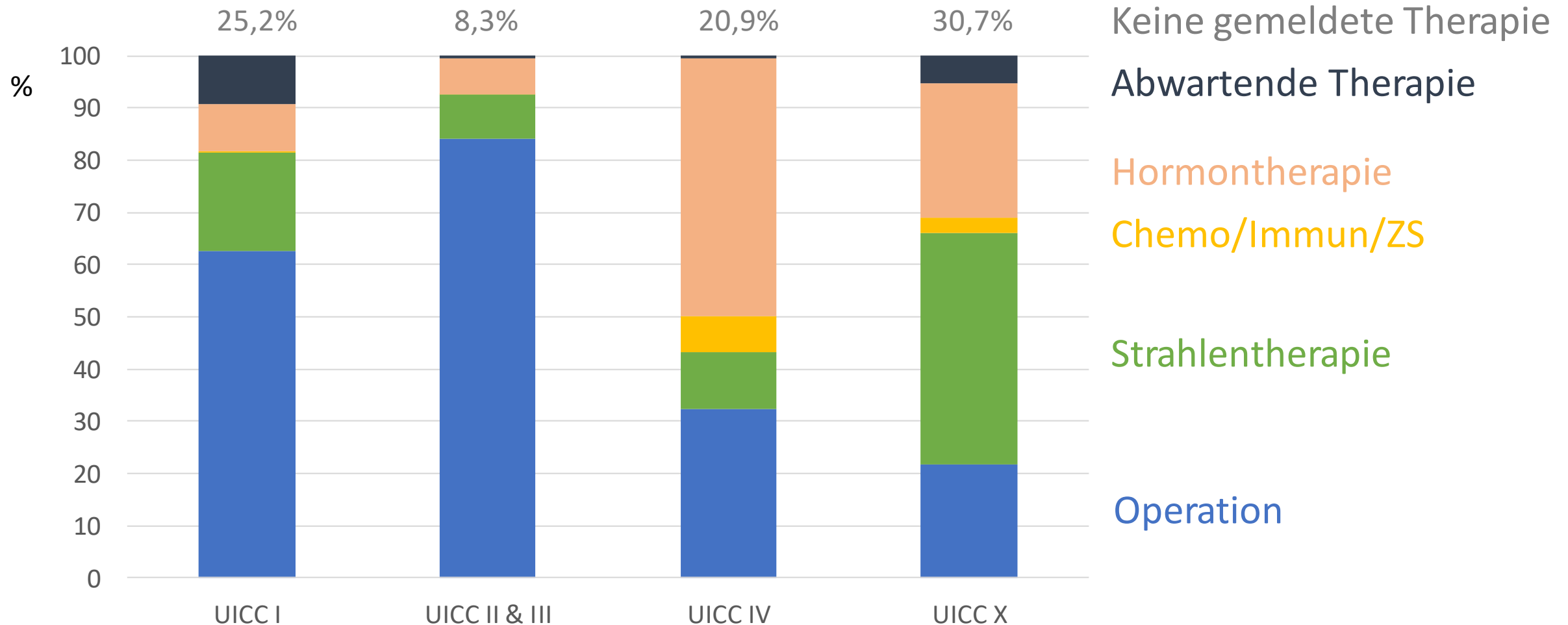
## Strahlentherapie



# Tumoren mit dokumentierter system. Therapie

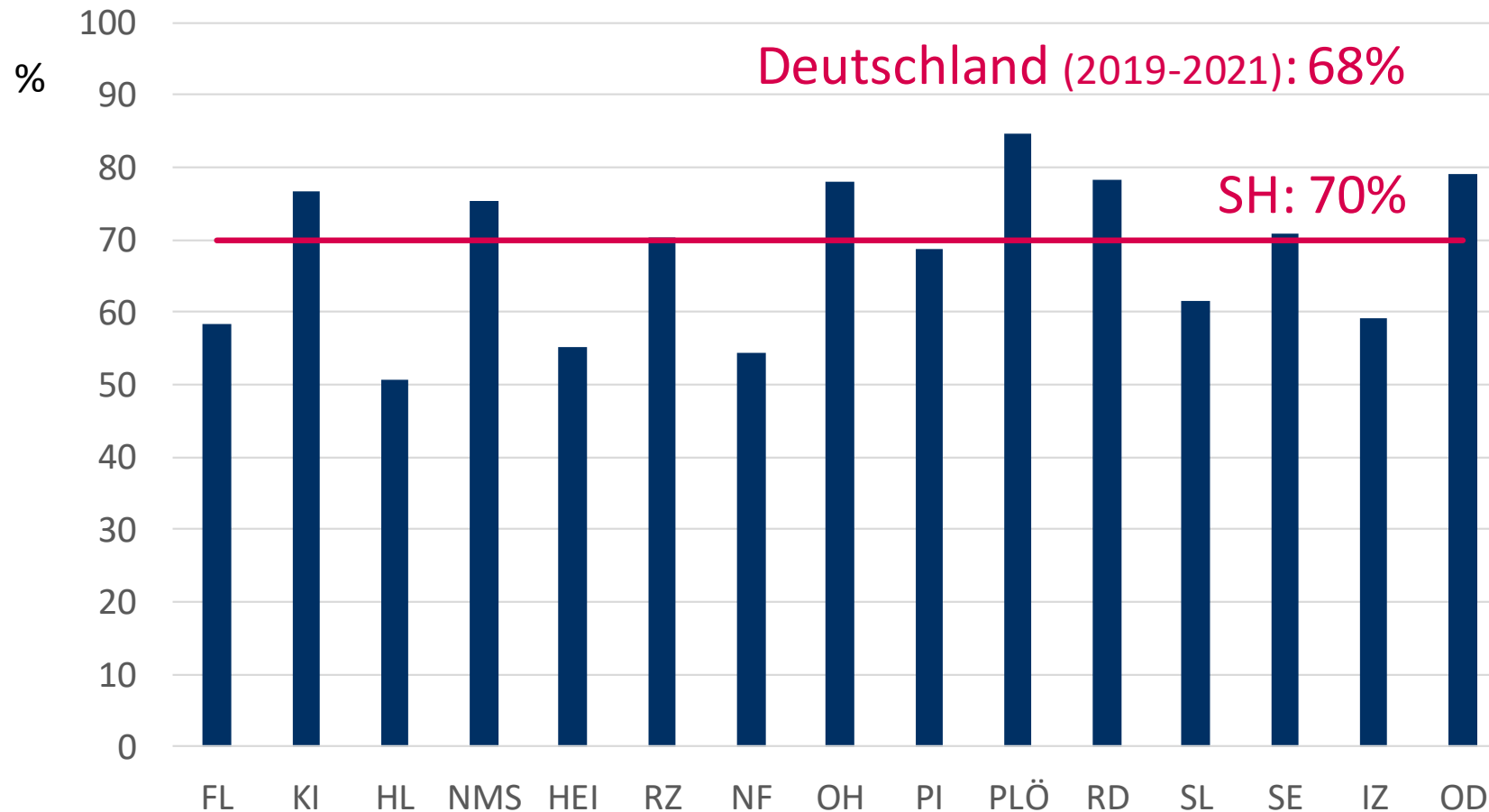


# Verteilung der 1. Therapieart nach Stadium



# Versorgungsindikatoren

# VI 1: OP-Technik bei Prostatektomie: laparoskopischer Zugang

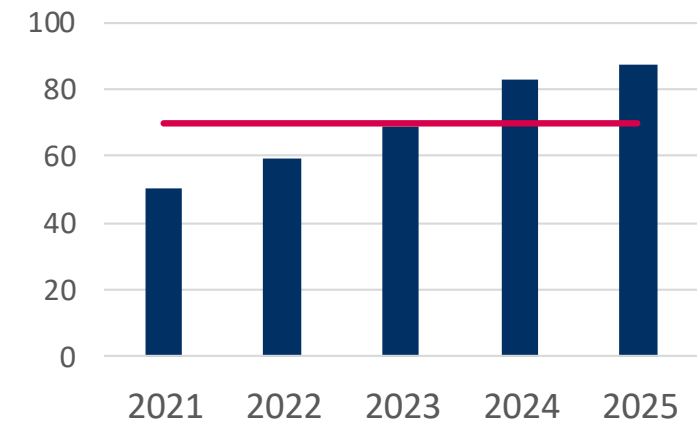


Nenner:

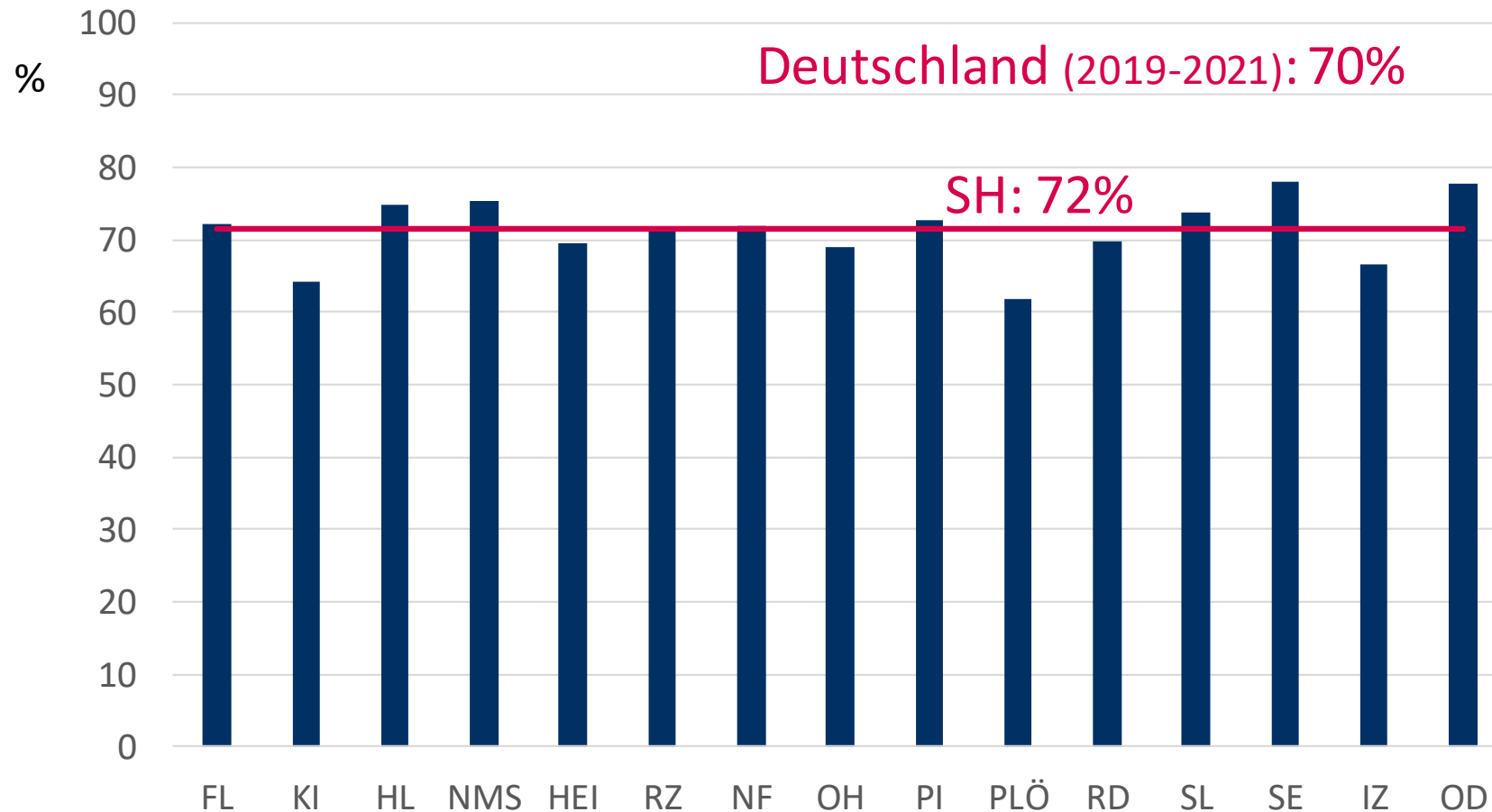
Alle Patienten mit Prostatektomie  
(OPS 5-604.\*); N = 3.727

Zähler:

Anzahl Patienten mit OPS  
5-604.4 oder 5-604.5  
(Prostatektomie mit  
laparoskopischem Zugang)



## VI 2: OP-Technik bei Prostatektomie: mit Gefäß-/Nerverhalt

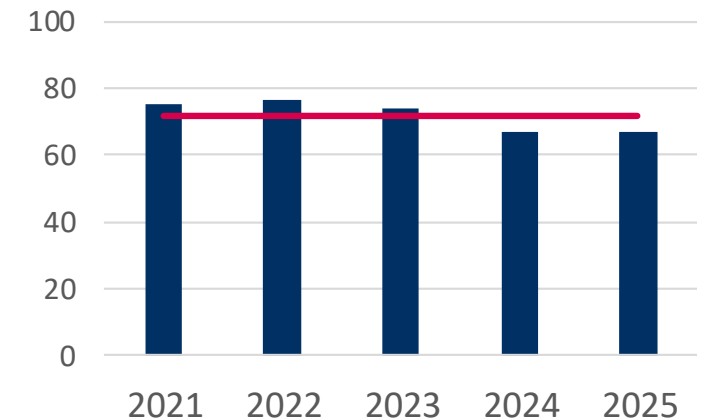


Nenner:

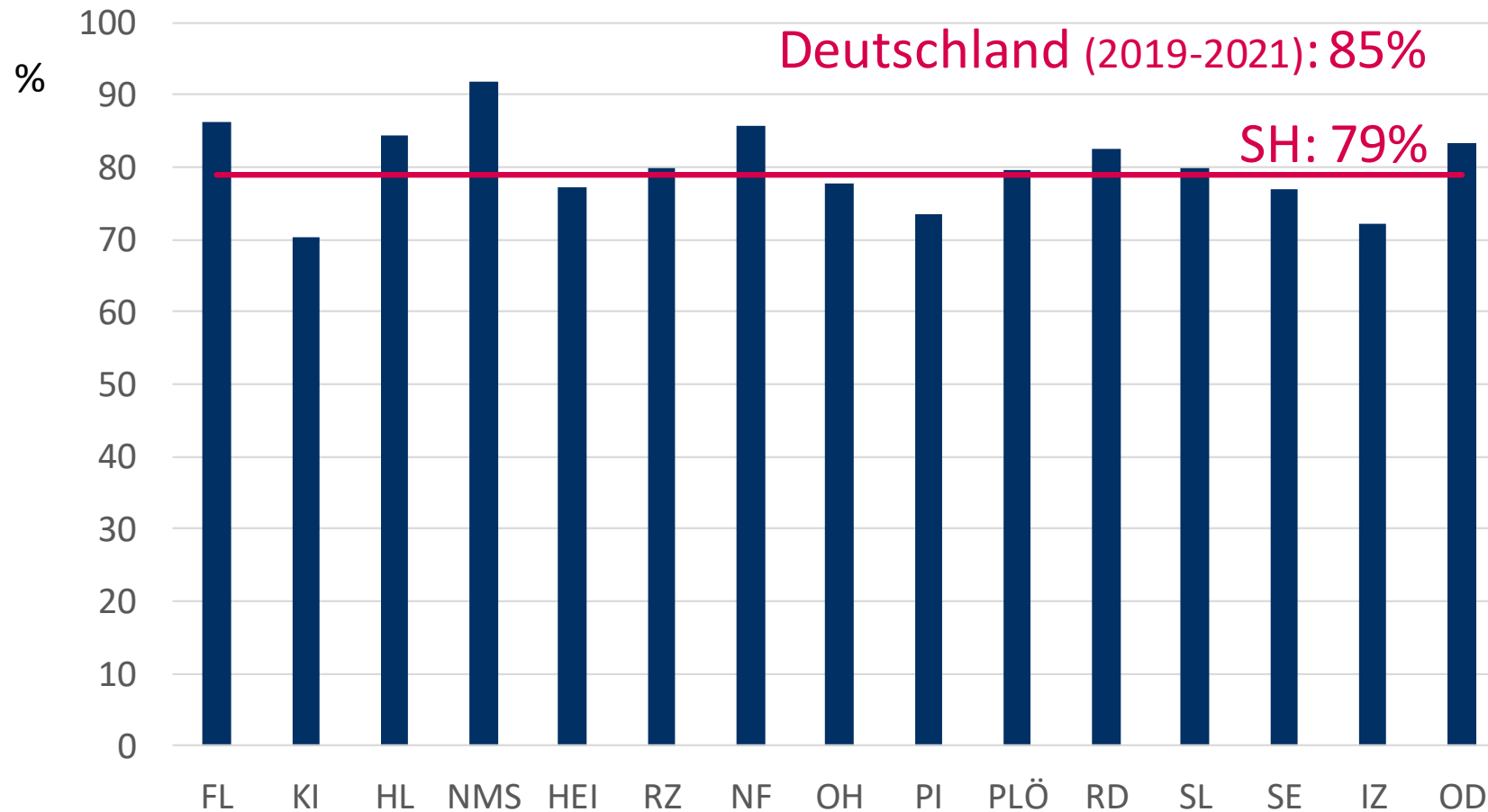
Alle Patienten mit Prostatektomie (OPS 5-604.\*); N = 3.727

Zähler:

Anzahl Patienten mit OPS 5-604.1, 5-604.3 oder 5-604.5 (Prostatektomie mit Gefäß-/Nerverhalt)



## VI 4: Resektionsergebnis bei (y)pT2 c/pN0/x M0

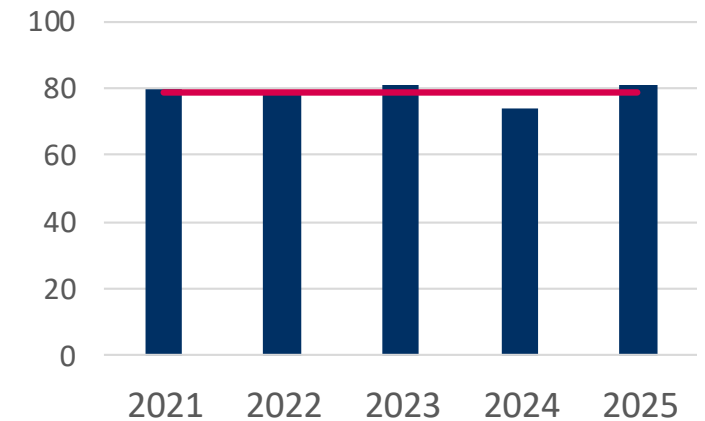


### Nenner:

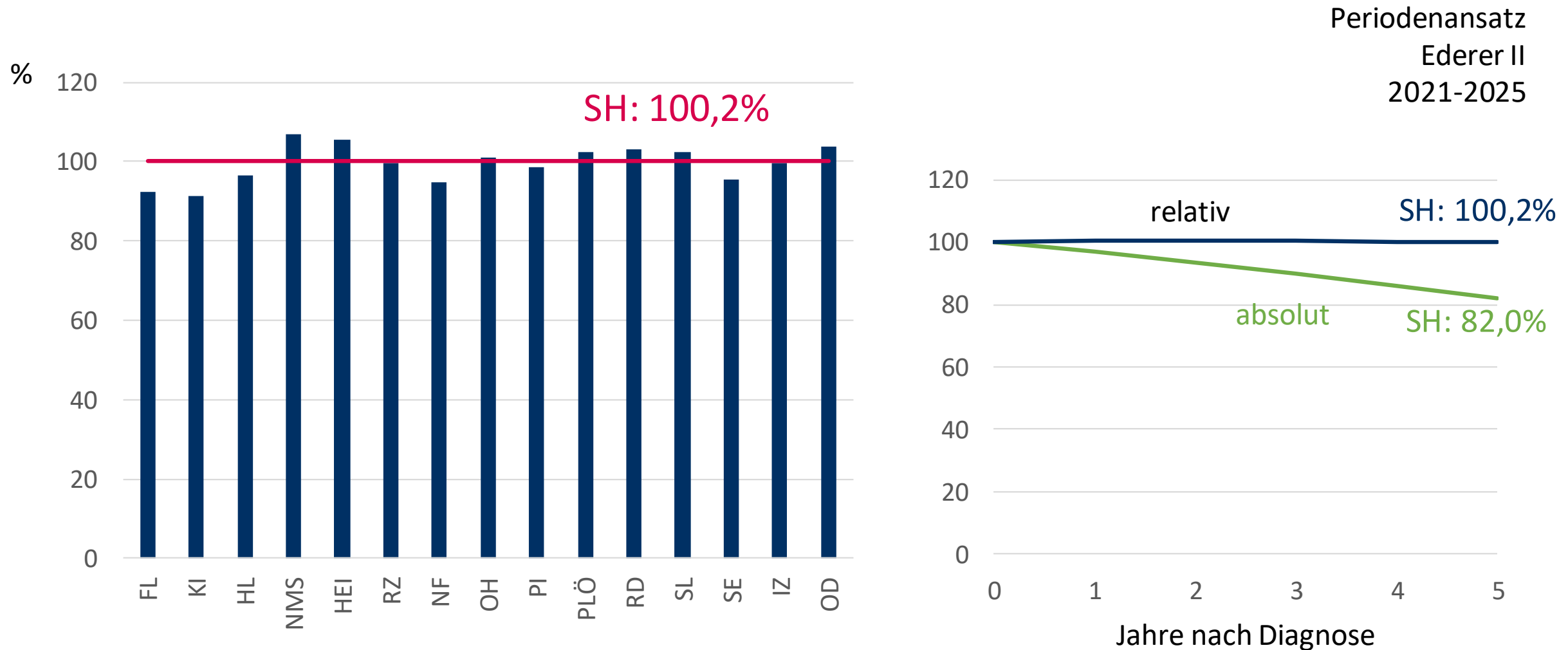
Alle Patienten mit Prostatektomie (OPS 5-604) oder Zystektomie (OPS 5-576) und pT2 und c/pN0/X und M  $\neq$  M1 (N = 2.177)

### Zähler:

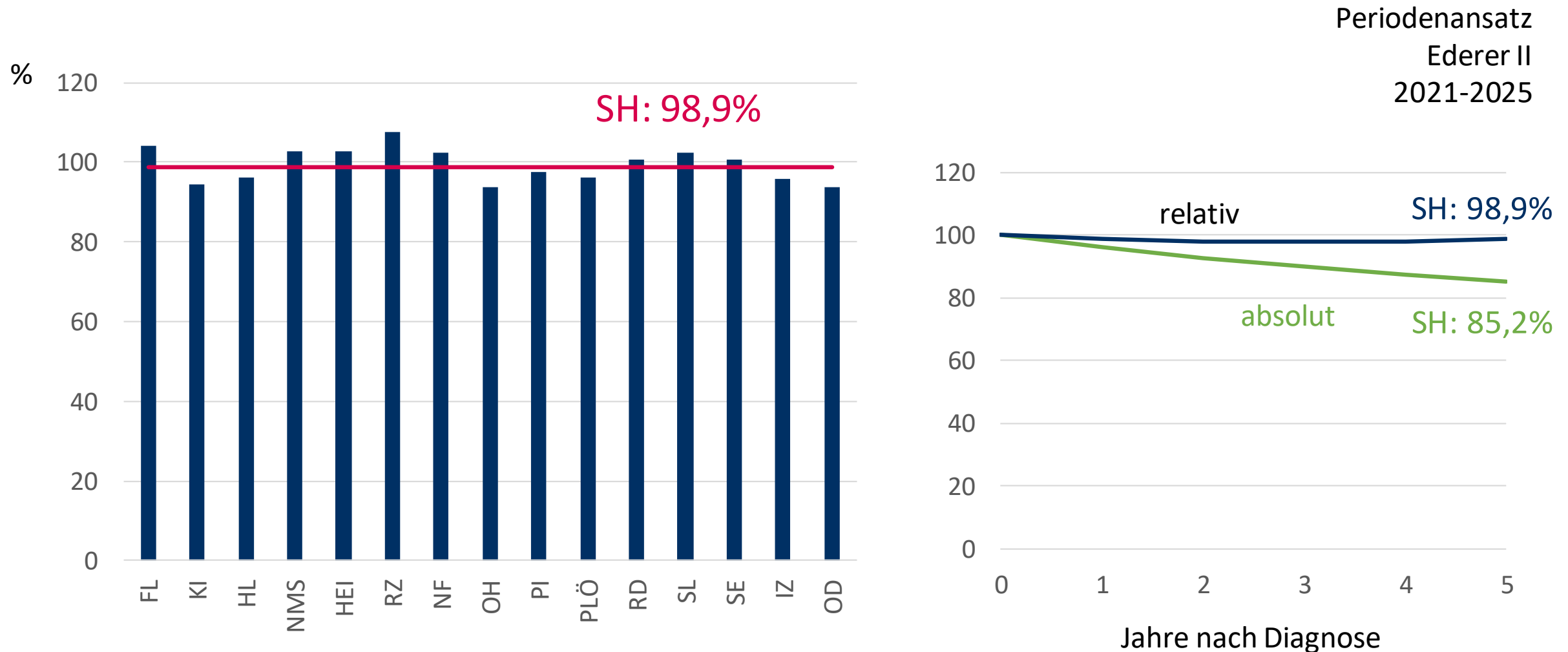
Anzahl Patienten mit R0



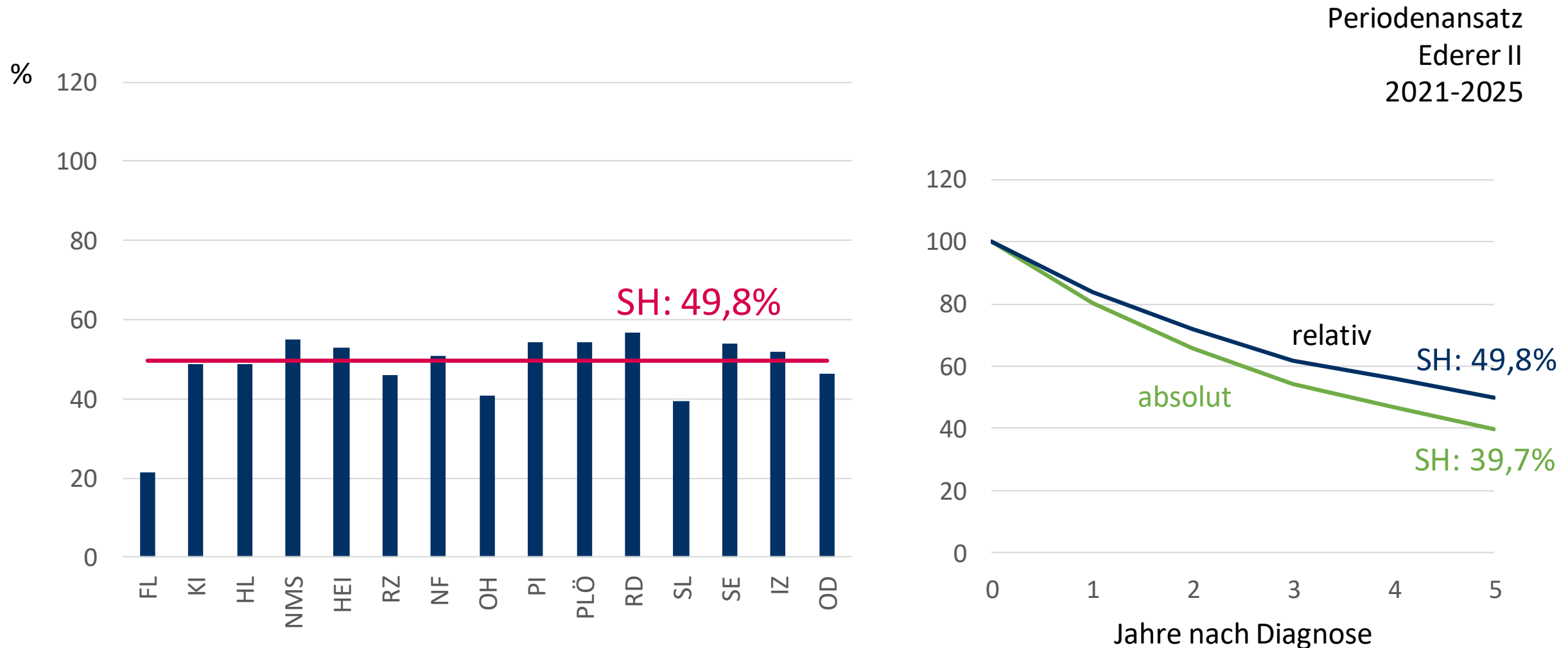
# Relatives 5-Jahres-Survival – UICC I



# Relatives 5-Jahres-Survival – UICC II - III



# Relatives 5-Jahres-Survival – UICC IV



# Zusammenfassung

# Zusammenfassung

- Es deutet vieles auf fehlende Meldungen im Bereich der Therapien hin. Besonderheit der abwartenden Therapien bei C61.
- Die Datenqualität hat sich zwar verbessert, verglichen mit anderen Entitäten ist es aber bei Prostata relativ schlecht.
- Das beeinflusst auch regionale Analysen, weil fehlende Meldung nicht gleichverteilt.
- Es ist damit zu rechnen, dass sich der Druck seitens der GKV zur vollständigen und zeitnahen Meldung erhöhen wird

# Dinge, die wir uns nicht erklären können...

- Fehlende UICC-Stadien besonders im städtischen Bereich: Mehr Versorgung im ambulanten Sektor, die uns nicht erreicht?
- Auffällig hohe PSA-Werte (z.B. 52.000 ng/ml): plausibel oder Dokumentationsfehler?
- Regionale Unterschiede bei Hormontherapien: Leichter Zugang in der Stadt oder Dokumentationsproblem?
- 5% abwartende Therapien: plausibel oder zu niedrig?
- UICC X-Gruppe: eine therapeutische Besonderheit?