Qualitätsbericht Prostatakrebs 2026

Diagnosejahre 2024/25

17.11.2026

KR.SH
Krebsregister
Schleswig-Holstein

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 3
2 Methodisches Vorgehen 3
3 Ergebnisse 4
3.1 Fallauswahl und -zuordnung 4
3.2 Klassifikation der Tumoren 6
3.2.1 TNM/UICC 6
3.2.2 PSA/Gleason 7
3.2.3 ECOG 8
3.3 Therapien 9
3.3.1 Operative Therapie 12
3.3.2 Prostatektomie 14
3.3.3 Resektionsergebnis 15
3.4 Tumorkonferenzen 15
3.5 Qualitätsindikatoren 16
3.5.1 QI 14 - Aktive Überwachung 18
3.5.2 QS-Verfahren „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ des G-BA 18
3.6 Überleben 20
4 Zusammenfassung und Bewertung 22

1 Einleitung

Gemäß dem Auftrag des Landeskrebsregistergesetzes für Schleswig-Holstein hat die Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein (KR.SH) regelmäßig Auswertungen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität von Krebserkrankungen zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt in Form von Auswertungen für organbezogene Qualitätskonferenzen oder die Landesqualitätskonferenz.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Versorgungsqualität von Prostatakrebs (ICD-10 C61) und beschreibt die Versorgung anhand von Versorgungsparametern und Qualitätsindikatoren ausgehend von den beteiligten Leistungserbringern (LE). Dabei sind die Leistungserbringer im folgenden Bericht pseudonymisiert dargestellt. Grundlage sind die Auswertungen zur Qualitätskonferenz „Prostatakrebs“, die am 07.10.2026 stattgefunden hat. Den im Benchmark aufgeführten Leistungserbringern werden ihre Pseudonyme gesondert bekanntgegeben.

2 Methodisches Vorgehen

Ausgewertet wurden die dem Krebsregister Schleswig-Holstein vorliegenden Daten[1] zu Prostatakrebs (ICD-10 C61) ab dem Diagnosejahr 2017. Besonderes Augenmerk lag dabei auf den Fällen aus den Jahren 2024 und 2025, für die von einer weitgehend vollständigen Dokumentation der Primärtherapie ausgegangen wurde. Datenstand ist der 29.09.2026.

Als Primärversorger wurden alle aktuell zertifizierten Prostatakrebszentren unabhängig von ihrer Fallzahl berücksichtigt. Zusätzlich wurden Versorgungseinrichtungen eingeschlossen, für die mindestens 80 Fälle der Diagnosejahre 2024/2025 durch Diagnose-, Tumorkonferenz- oder Therapiemeldungen vorlagen.

Die Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie Prostatakarzinom in der Version 8.1 aus dem Jahr 2025[2]. Die Berechnung von Nenner und Zähler der Qualitätsindikatoren anhand der den Krebsregistern vorliegenden Daten wurde von der AG QI der Plattform § 65c in Absprache mit dem Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) definiert[3]. Da sich nicht alle QI mit den Variablen des onkologischen Basisdatensatzes (oBDS) bilden lassen, ist hier nur eine Auswahl abgebildet. Darüber hinaus stellt dieser Bericht auch weniger komplexe Versorgungsindikatoren dar, die eine größere Grundgesamtheit ermöglichen und einem LE eindeutig zuordenbar sind. Außerdem beziehen sich weitere Auswertungen als erster Ausblick auf das Qualitätssicherungsverfahren „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ (QS Prostata-Ca),[4] mit dem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt hat.

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 – meist in Form von Balkendiagrammen über die Auswertungsjahre und als Benchmarking unter den

[1] Es können nur Fälle ausgewertet werden, die dokumentiert und dem Krebsregister übermittelt wurden.
[2] https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom, Abruf: 02.11.2026
[3] https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/LLQI/pages/729546753/Prostatakarzinom, Abruf: 02.11.2026
[4] https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-prostata-ca/, Abruf: 02.11.2026

Primärversorgern – sind diesem Tool entnommen und stellen nur einen Ausschnitt der möglichen Qualitätsbetrachtungen dar.

3 Ergebnisse

3.1 Fallauswahl und -zuordnung

Zum Stichtag 29.09.2026 befanden sich in der Datenbank der Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein (KR.SH) 7.233 Prostatakrebsfälle (Tumoren) mit Diagnosejahr 2024 oder 2025 (Abbildung 1). Für die Analyse wurden zunächst einige Fälle ausgeschlossen (Tumoren im Bearbeitungsverfahren, Sekundärtumoren, U18) und Untergruppen gebildet:

- „DMTUKTM fehlen“: zu 744 Tumoren gibt es keine Meldungen zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie. Meist handelt es sich um Fälle, die dem KR.SH nur durch Todesbescheinigung, solitäre Meldungen aus der Pathologie oder Verlaufsmeldungen bekannt sind.
- „DMTUKTM extern“: zu 1.238 Tumoren liegen dem KR.SH Meldungen zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie nur aus anderen Bundesländern vor, d.h. meist: Patientinnen und Patienten aus Schleswig-Holstein wurden in einem anderen Bundesland behandelt.
- „LE001 – LE021“: zu 4.434 Tumoren liegt dem KR.SH mindestens eine Meldung zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie aus einer Praxis oder aus einem Klinikum vor, die/das für die Diagnosejahre 2024/2025 zu mindestens 80 Fällen entsprechende Meldungen abgegeben hat.
- „SH sonst“: in 814 Fällen erfolgte die Behandlung nach Lage der Dokumentation – zumindest teilweise – in Schleswig-Holstein, jedoch durch einen „kleineren“ Leistungserbringer, der die o.g. 80+-Fälle-Marke nicht erreicht.

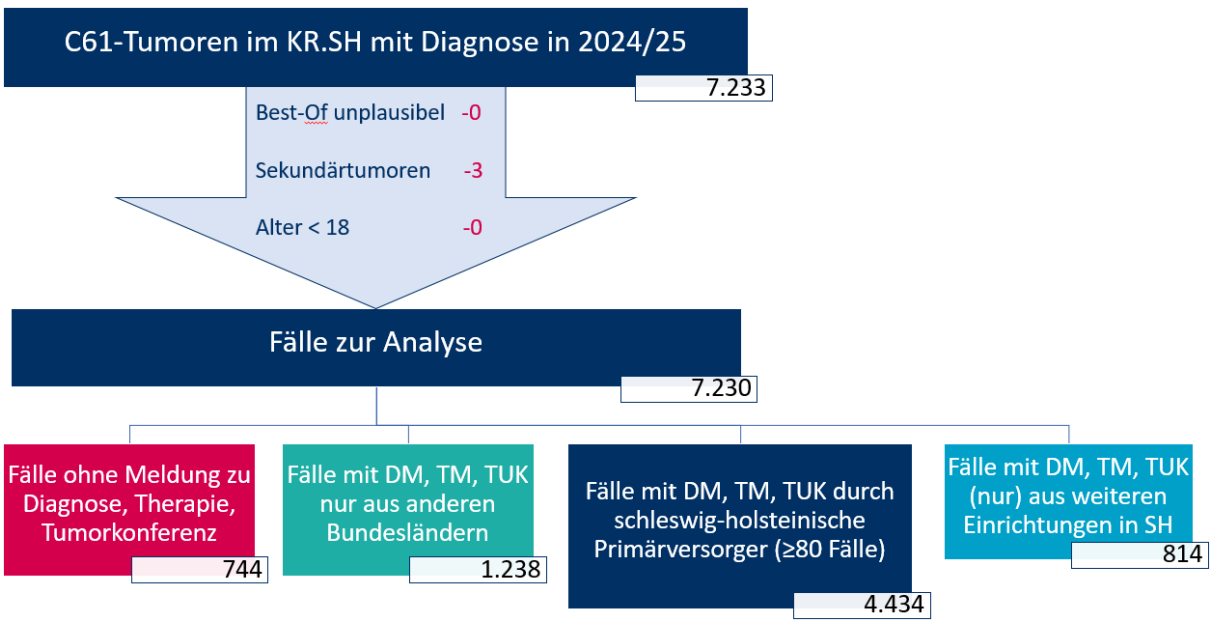

Abbildung 1: Fallauswahl und -zuordnung

Während die Fälle in den vier Gruppen distinkt sind, können Fälle, die durch mehrere Leistungserbringer aus LE001 bis LE021 behandelt wurden, im Leistungserbringer-Benchmarking mehrfach – nämlich jeweils in den Zahlen jedes der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer – gezählt werden. In der Gesamtschau (z.B. Darstellung nach Diagnosejahr) zählen sie dann jedoch nur einmal.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Fälle nach Leistungserbringern für die Diagnosejahre 2024 und 2025 für die 21 Primärversorger. Die prozentuale Verteilung der Fälle auf die vier Gruppen „Primärversorger“ (LE001-LE021, ca. 61 %), „SH sonst“ (ca. 11 %), „DMTUKTM extern“ (ca. 17 %) und „DMTUKTM fehlen“ (ca. 10 %) veränderte sich über die letzten Jahre nur leicht.

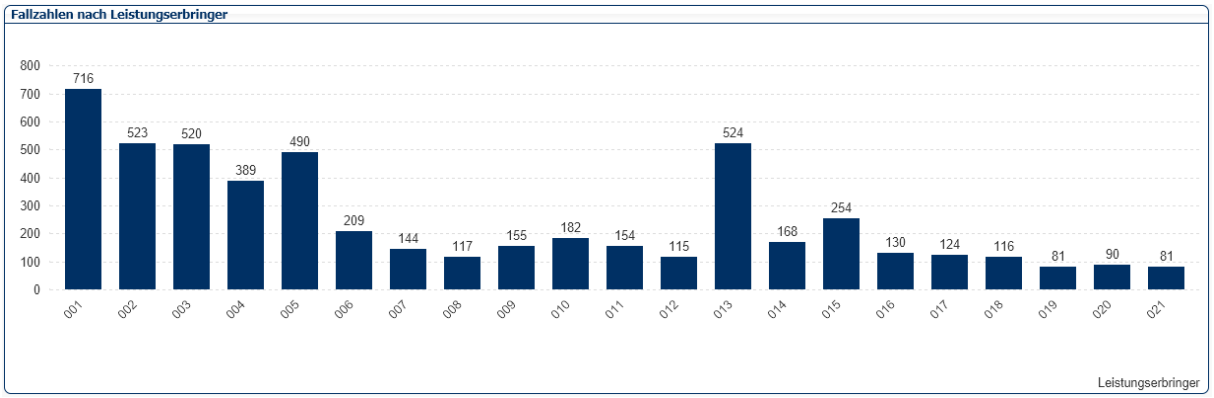

Abbildung 2: Fallzahl der Primärversorger für die Diagnosejahre 2024 und 2025

Nach Einführung des oBDS-Datenfeldes „Zertifizierung“ in 2021 wird die Eigenschaft „Zentrumsfall“ inzwischen aus den Prostatazentren (LE001 – LE004) weitgehend gemeldet (Abbildung 3).

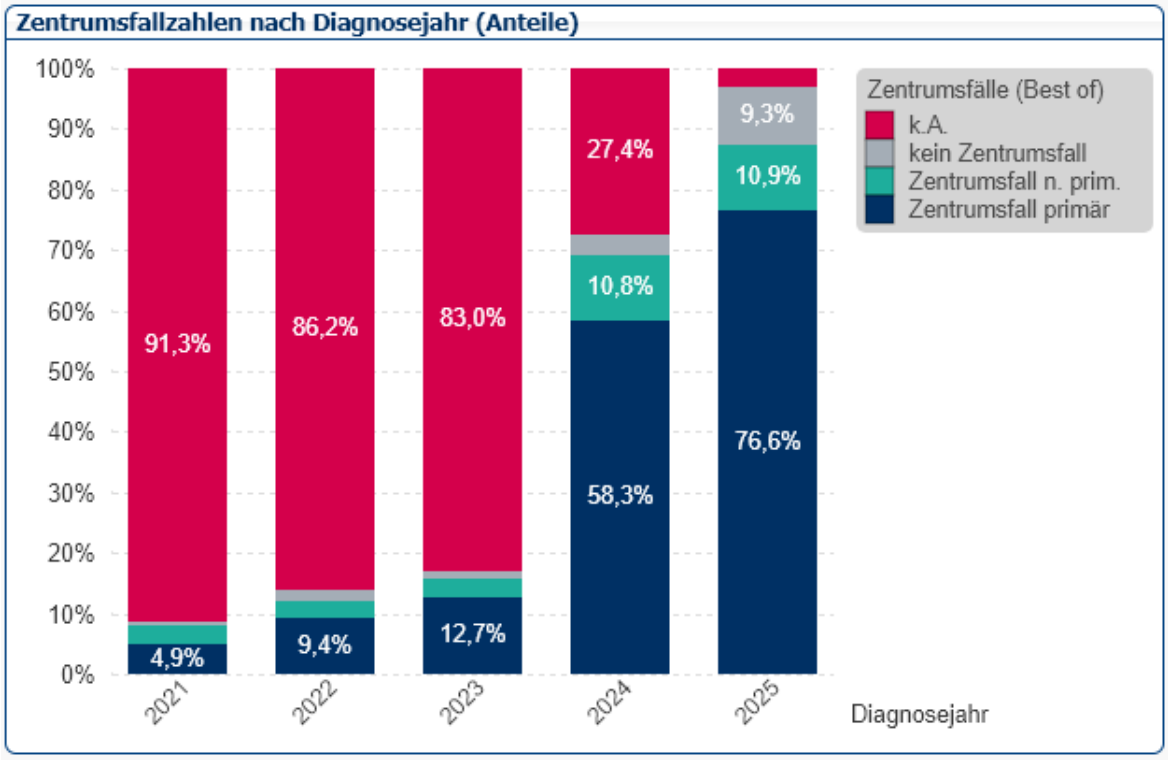

Abbildung 3: Von Prostatazentren gemeldete Angabe „Zertifizierung“ im Verlauf

3.2 Klassifikation der Tumoren

3.2.1 TNM/UICC

Leider fehlen für über 20 % der Fälle (Abbildung 4) Angaben zum cTNM und für über 75 % der Fälle Angaben zum pTNM. Es zeigen sich auch deutliche Unterschiede in der Vollständigkeit dieser Daten zwischen den Meldestellen.

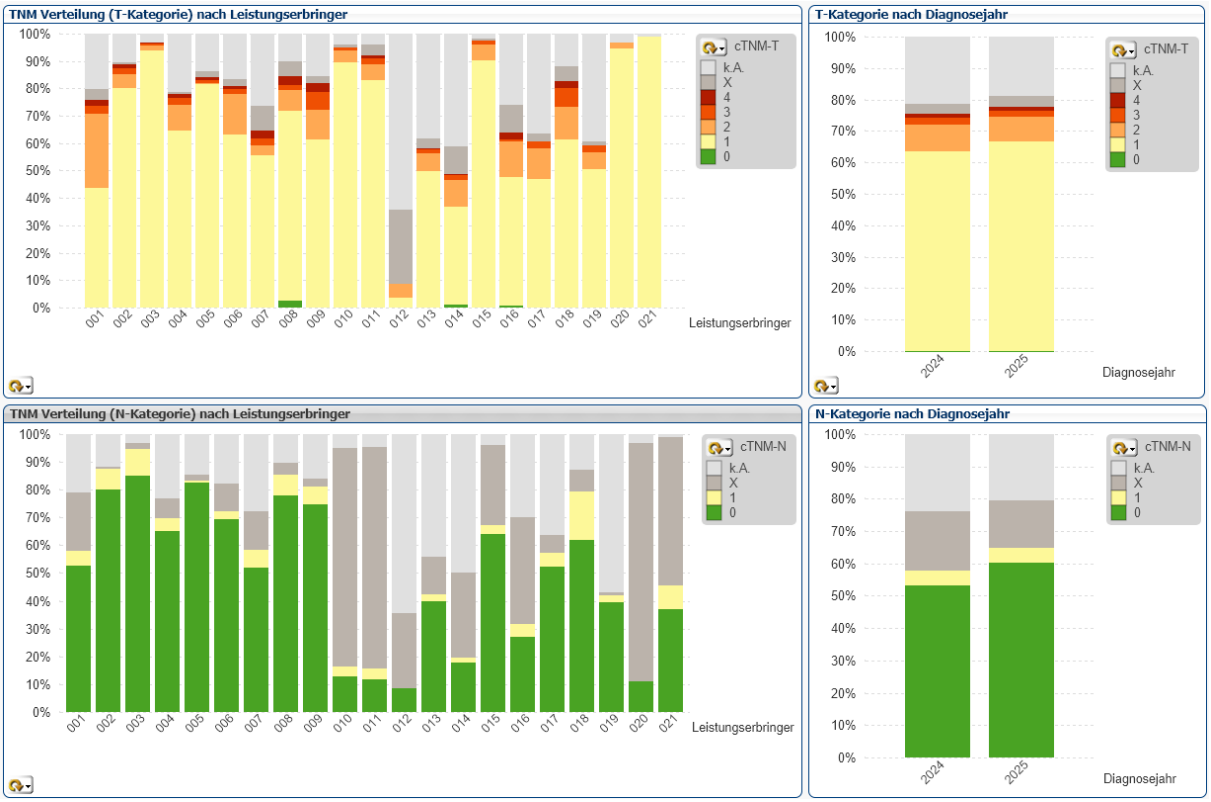

Abbildung 4: cTNM – Fälle mit Diagnose-, Tumorkonferenz- oder Therapiemeldung durch genannten Leistungserbringer

Beschränkt man die Auswertung auf Fälle, die vom jeweiligen Leistungserbringer operiert wurden, fehlt weiterhin bei über 50 % dieser Fälle eine Angabe zur pT-Kategorie (vgl. Abbildung 5).

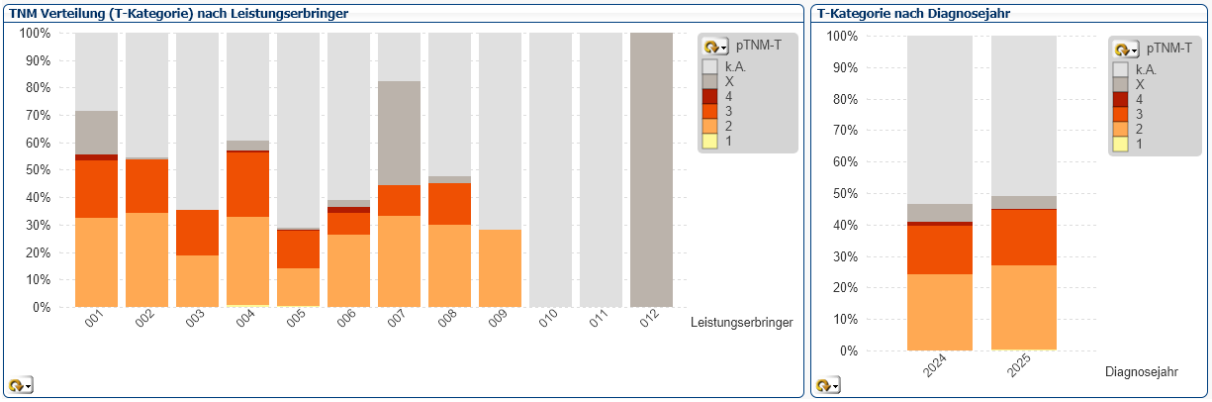

Abbildung 5: pT – Fälle mit OP-Meldung durch genannten Leistungserbringer

Die Angaben zum UICC-Stadium, das hier aus dem pTNM und gegebenenfalls dem cTNM gebildet wurde, können sich je nach Hauptleistung des Leistungserbringers (Diagnostik, Operation, Strahlentherapie oder systemische Therapie) unterscheiden. Auch hinsichtlich der Vollständigkeit der Angaben zeigen sich teils deutliche Unterschiede. Über alle schleswig-holsteinischen Leistungserbringer betrachtet, fehlen bei etwa 29 % die notwendigen Angaben, bei manchen – auch operierenden – Leistungserbringern in über 80 % der Fälle (Abbildung 6, hier nur bei Diagnose oder OP durch den genannten Leistungserbringer). Dies betrifft vorwiegend den niedergelassenen Bereich (ab LE010, LE014 und LE018 nur wenige Fälle), aber hier nicht alle Praxen.

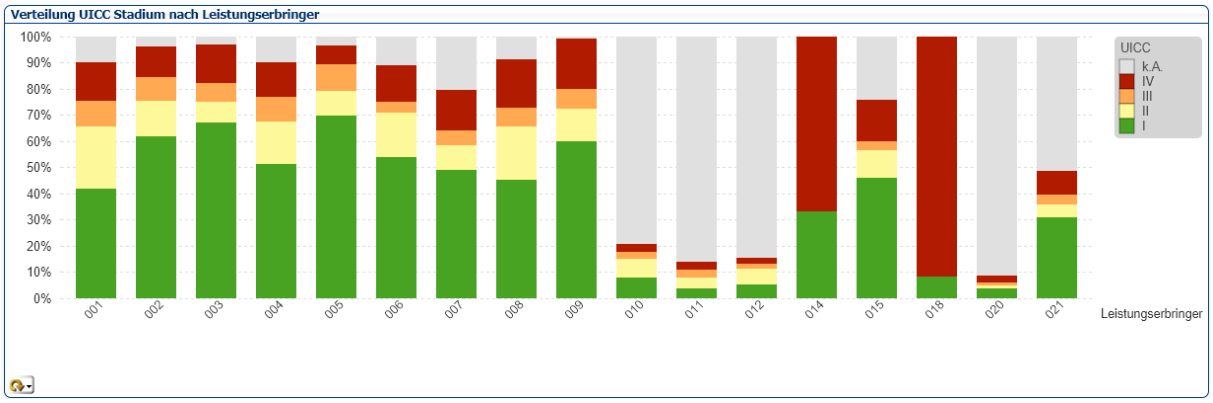

Abbildung 6: UICC – Fälle mit Diagnose- oder OP-Meldung durch genannten Leistungserbringer

3.2.2 PSA/Gleason

Angaben zum PSA fehlen - über alle schleswig-holsteinischen Leistungserbringer betrachtet - bei etwa 30 % der Fälle (etwa 20 % fehlende Angaben bei Vorliegen einer Diagnosemeldung). Dies betrifft im Gegensatz zum TNM auch den klinischen Bereich (Abbildung 7).

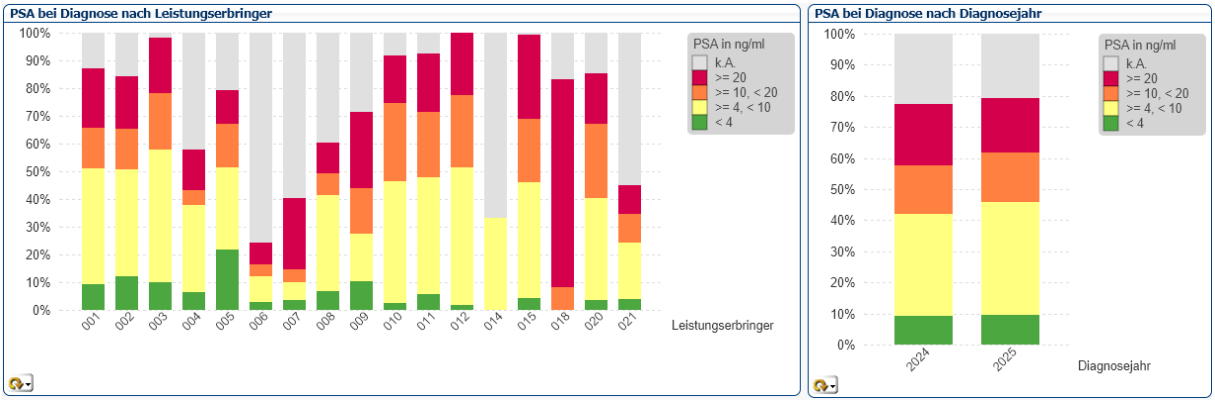

Abbildung 7: PSA – Fälle mit Diagnosemeldung durch genannten Leistungserbringer

Der Gleason-Score wird hingegen für etwa 90 % der Fälle gemeldet (Abbildung 8).

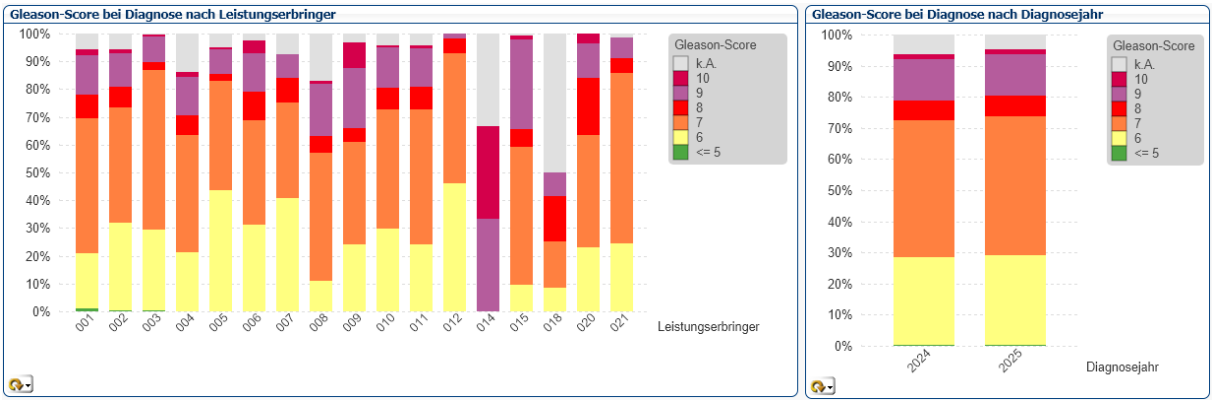

Abbildung 8: Gleason-Score – Fälle mit Diagnose- oder OP-Meldung durch genannten Leistungserbringer

3.2.3 ECOG

Für Fälle mit einer Diagnosemeldung des jeweiligen Primärversorgers liegen überwiegend Angaben zum allgemeinen Leistungszustand (nach ECOG bzw. Karnofsky) vor. Bei 4,4 % dieser Fälle lautet die Angabe „unbekannt“. Einzelne Leistungserbringer, beispielsweise LE012, weisen jedoch deutlich höhere Anteile unbekannter Angaben auf (Abbildung 9).

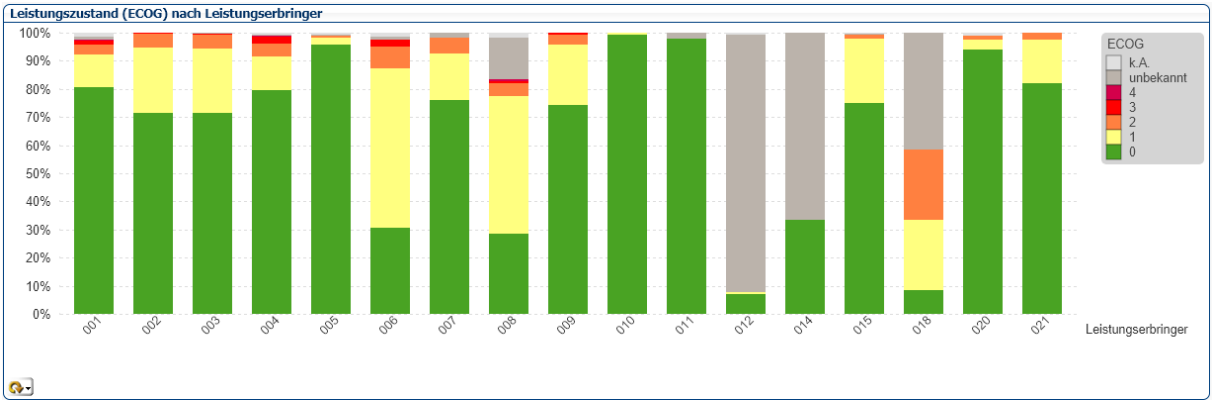

Abbildung 9: ECOG – Fälle mit Diagnosemeldung durch genannten Leistungserbringer

Die Angaben zu Tumorklassifikationen und Therapien 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 die Qualität in der Realität ist.

3.3 Therapien

In Abbildung 10 sind die verschiedenen Kombinationen von Therapien im Überblick aufgeführt. Für 14,9 % der Prostatakarzinome der Diagnosejahre 2024/25 wurde (bisher) keine Therapie („keine TM“) gemeldet. Nach Ausschluss von Fällen mit einer Überlebenszeit von weniger als 6 Monaten lag dieser Wert weiterhin bei 14,4 %. Singuläre Therapieansätze (nur OP, nur ST (Bestrahlung)) zeigen sich häufiger als Kombinationen.

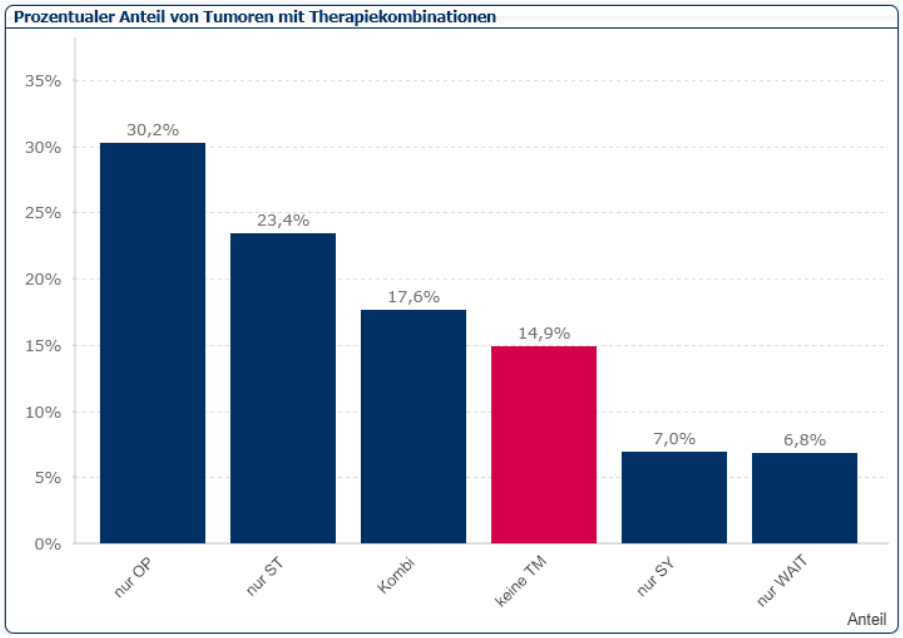

Abbildung 10: Therapiekombinationen im Überblick

Da das Krebsregister nur über ihm gemeldete Therapien berichten kann, liegt der Verdacht nahe, dass „keine TM“ hier oft „keine gemeldete Therapie“ bedeutet und von einer Untererfassung von abwartenden und z.T. auch Hormontherapien ausgegangen werden kann.

Abbildung 11 zeigt die gemeldeten Therapien für die von schleswig-holsteinischen Primärversorgern behandelten Fälle unabhängig davon, ob sie allein oder in Kombination mit anderen Therapien stattfanden.

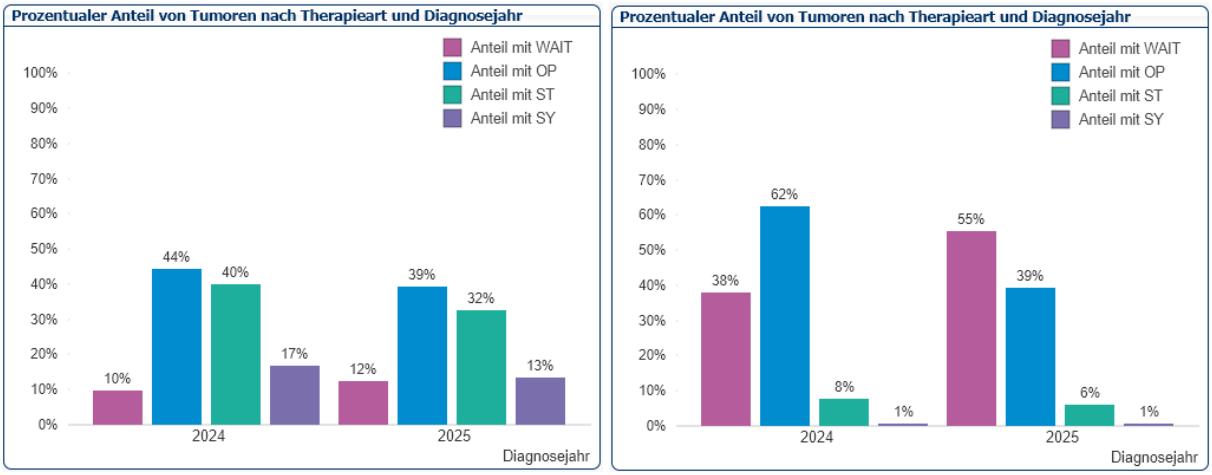

Abbildung 11: Therapien bei allen und bei lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil

Auf der rechten Seite der Abbildung 11 wurde auf alle Fälle mit lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil (Gleason-Score ≤ 6 (ISUP Gruppe 1) und PSA-Wert ≤ 10 ng/ml und T1/T2a (cN ≠ 1/2, cM ≠ 1)) gefiltert. Hier zeigt sich ein hoher und steigender Anteil von aktiv überwachten Patienten gemäß Leitlinienempfehlung 6.6 und Qualitätsindikator 14. Der Anteil der Fälle mit gemeldeter abwartender Therapie steigt von 38 % auf 55 %.

Die Abbildung 12 zeigt diesen Anteil differenziert nach den Leistungserbringern, die durch Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie an den Fällen mit lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil beteiligt waren. Es zeigt sich, dass die Meldungen zur abwartenden Therapie vornehmlich aus den Zentren (LE001 – LE004) und einzelnen Praxen (z.B. LE021) kamen. Recht häufig wurden jedoch auch operative Therapien gemeldet (Abbildung 13).

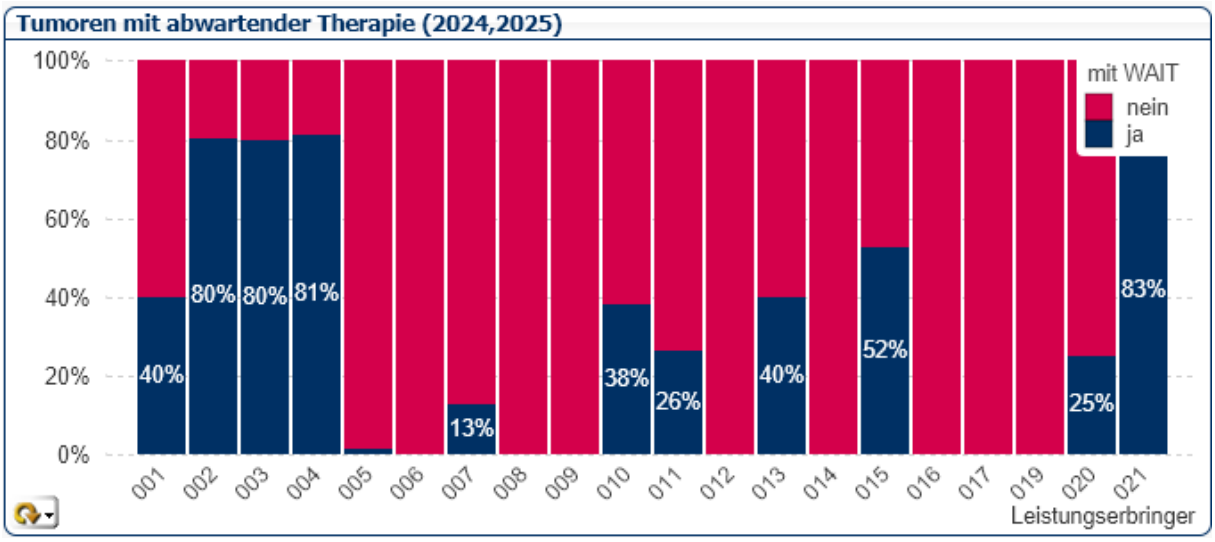

Abbildung 12: Anteil der lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil, die eine abwartende Therapie erhalten haben, nach beteiligten Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25

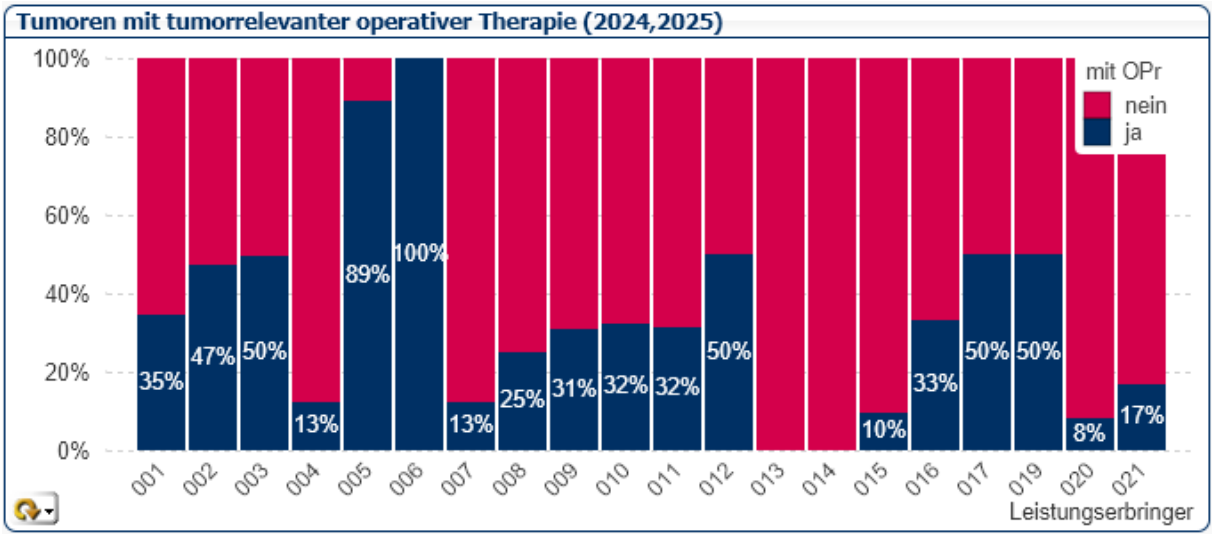

Abbildung 13: Anteil der lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil, die eine operative Therapie erhalten haben, nach beteiligten Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25

Die folgenden Abbildungen zeigen Therapieverläufe getrennt nach verschiedenen Risikoprofilen bzw. UICC-Stadien bei Beteiligung eines der Primärversorger (Diagnose in 2024/25).

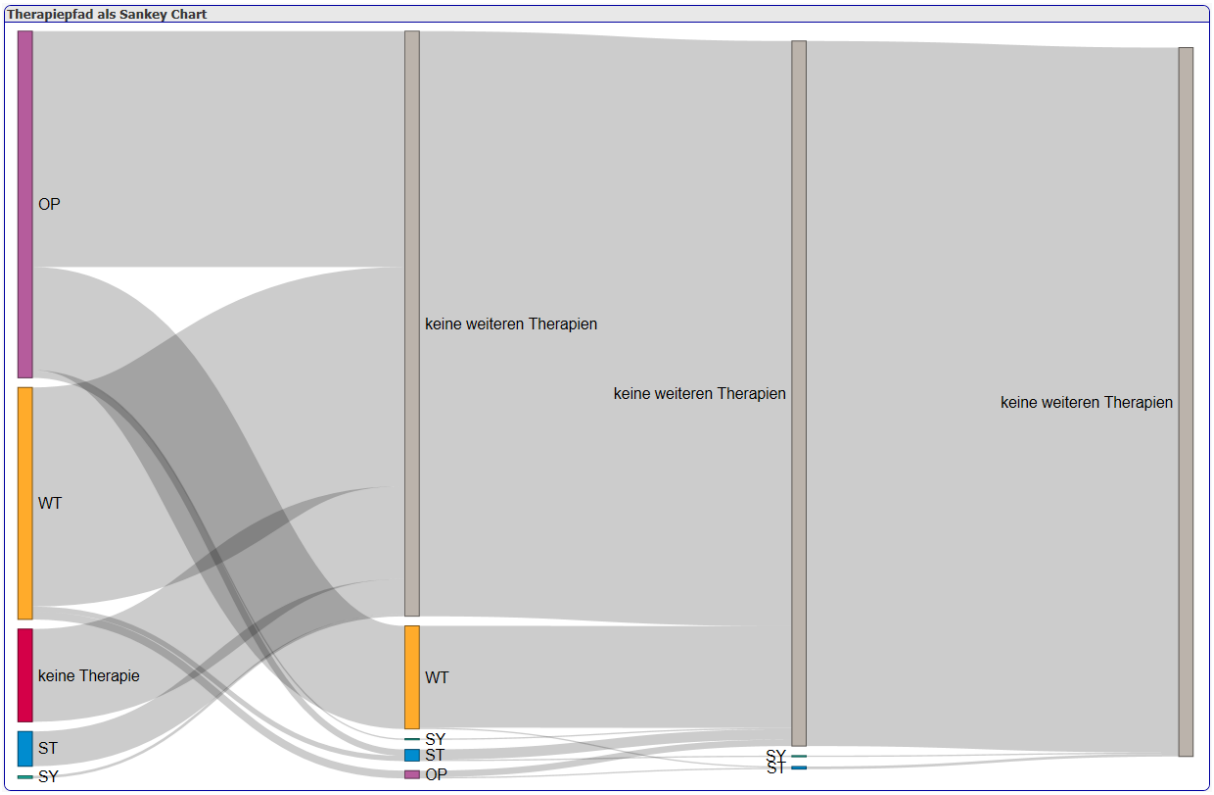

Abbildung 14: Therapieverlauf bei lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil (Gleason-Score ≤ 6 und PSA-Wert ≤ 10 ng/ml und T1/T2a (cN ≠ 1/2, cM ≠ 1)) (n=550)

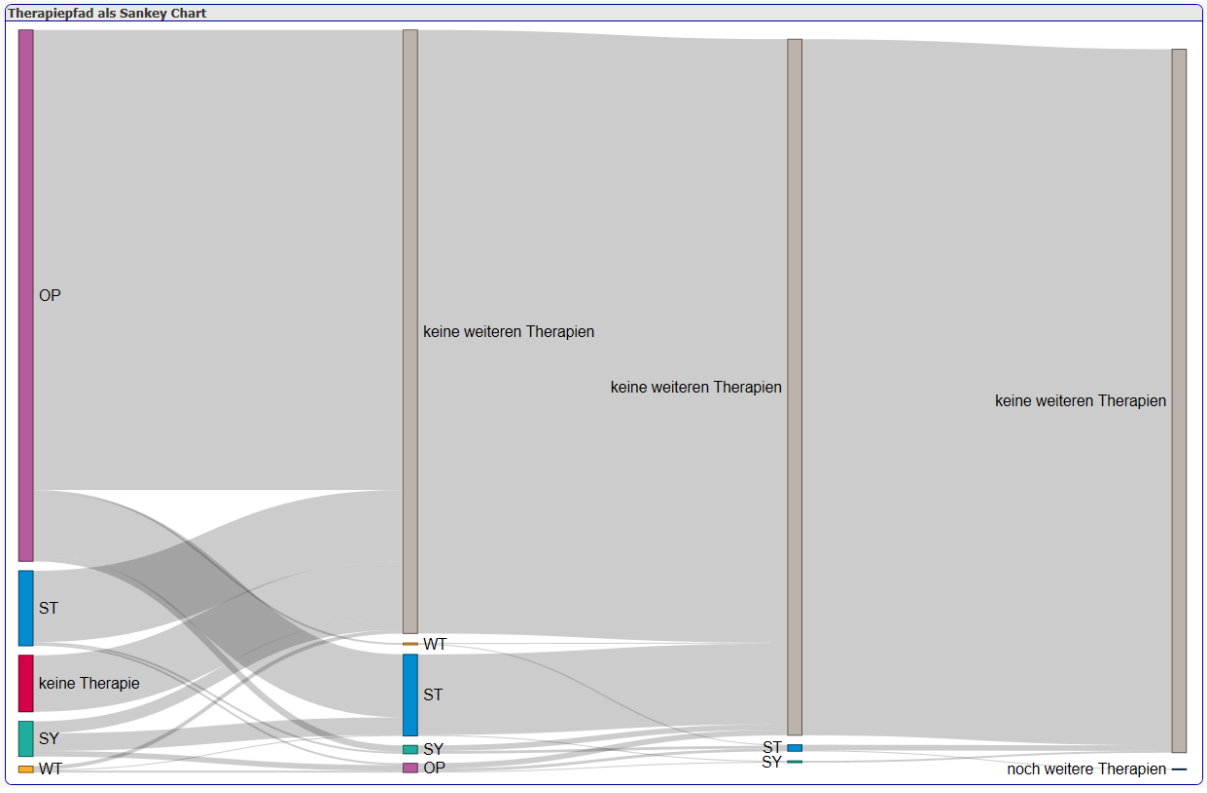

Abbildung 15: Therapieverlauf bei UICC II – III (n=761)

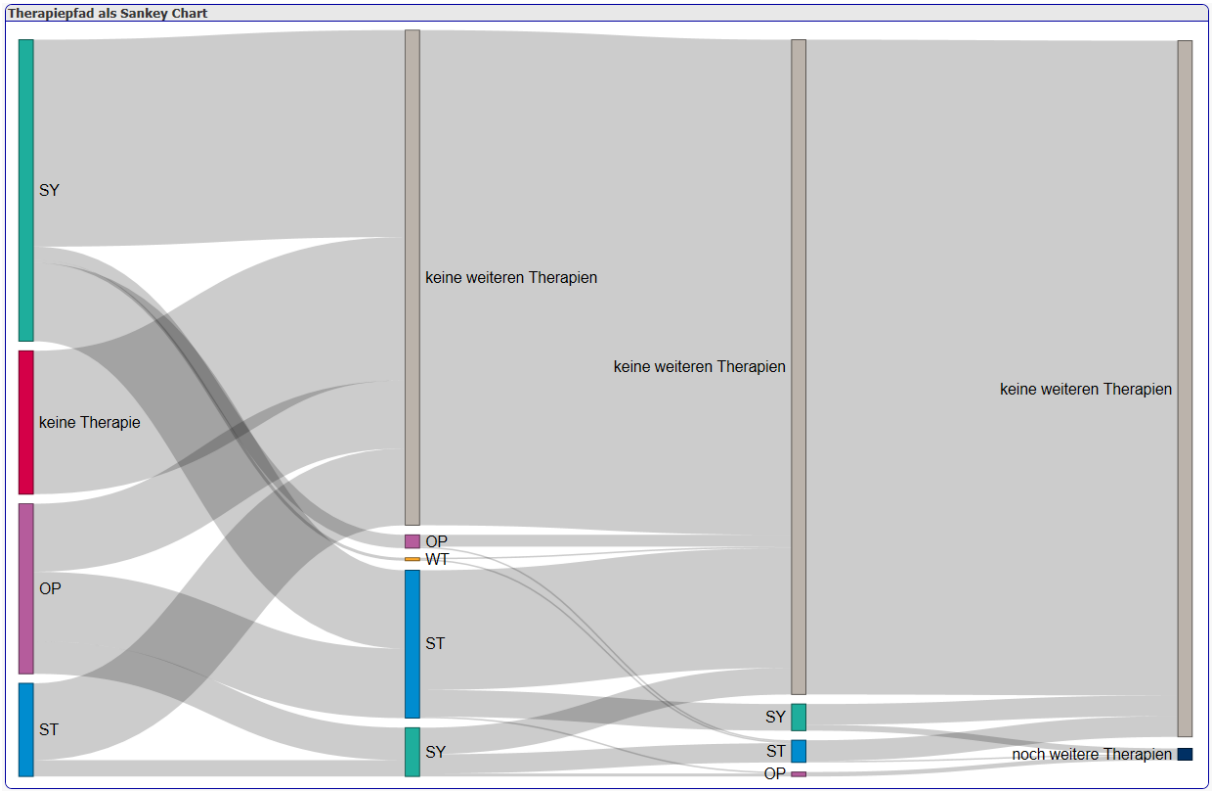

Abbildung 16: Therapieverlauf bei UICC IV (n=479)

Abbildung 14 zeigt einen Therapieverlauf bei Fällen mit lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil oft noch beginnend mit der OP. Die in den Leitlinien empfohlene abwartende Therapie („WT“) ist die führende Primärtherapieoption nur, wenn man „keine Therapie“ – in der Annahme, dass dies irrtümlich nicht gemeldet wurde – als abwartend interpretiert. Oft folgt die abwartende Therapie auch erst einer primären OP.

3.3.1 Operative Therapie

Abbildung 17 zeigt die Daten aus Abbildung 13 (OP bei lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil) in absoluten Zahlen: Insbesondere verteilen sich die Tumoren mit OP auf die Leistungserbringer 002, 003 und 005.

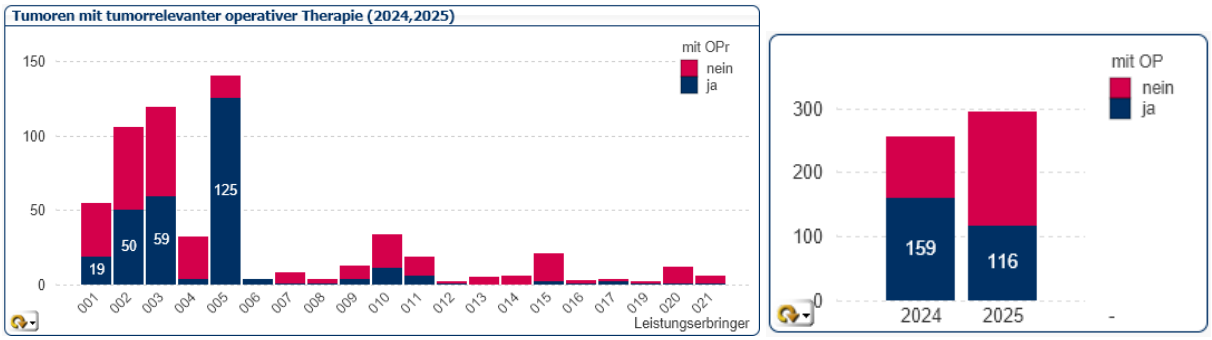

Abbildung 17: Anzahl der lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil, die eine operative Therapie erhalten haben nach beteiligten Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25

Zumeist handelt es sich bei diesen Operationen um transurethrale Exzisionen bzw. Destruktionen (Abbildung 18), während es sich bei den Operationen von UICC-II-bis-IV-Fällen vorwiegend um Prostatektomien bzw. Zystektomien handelt (Abbildung 19), die in den Zentren (LE001 – LE004) meist mit OP-Robotern durchgeführt werden (Abbildung 20).

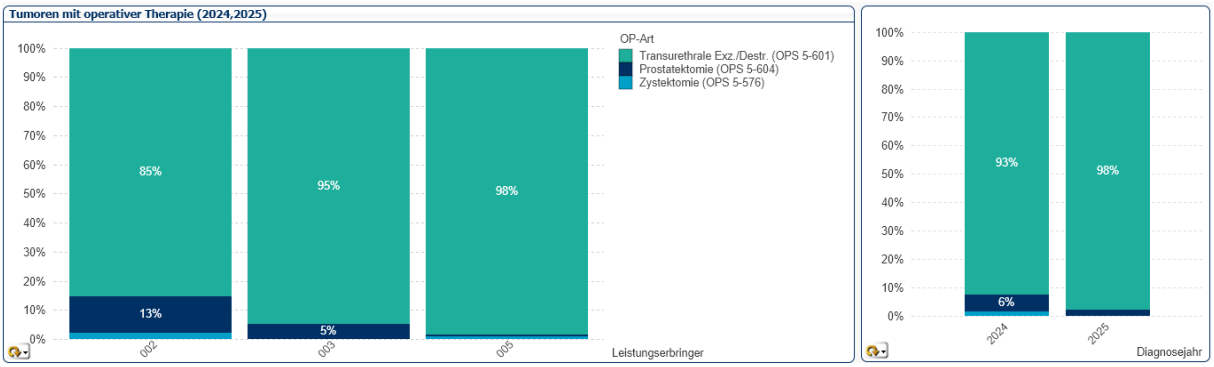

Abbildung 18: Operative Therapie bei lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil bei den operierenden Leistungserbringern 002, 003 und 005; Diagnosejahre 2024/25 (n=229)

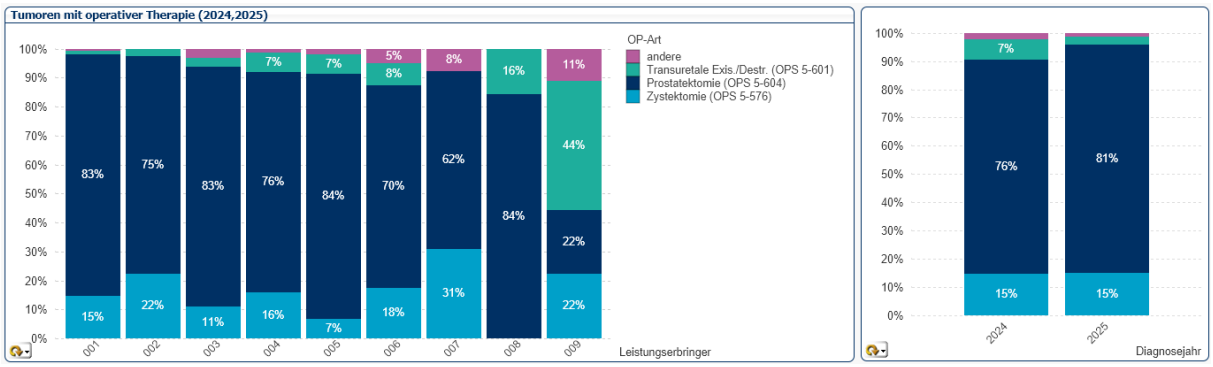

Abbildung 19: Operative Therapie bei Tumoren mit UICC II, III oder IV nach operierenden Leistungserbringern und Diagnosejahren 2024/25 (n=590)

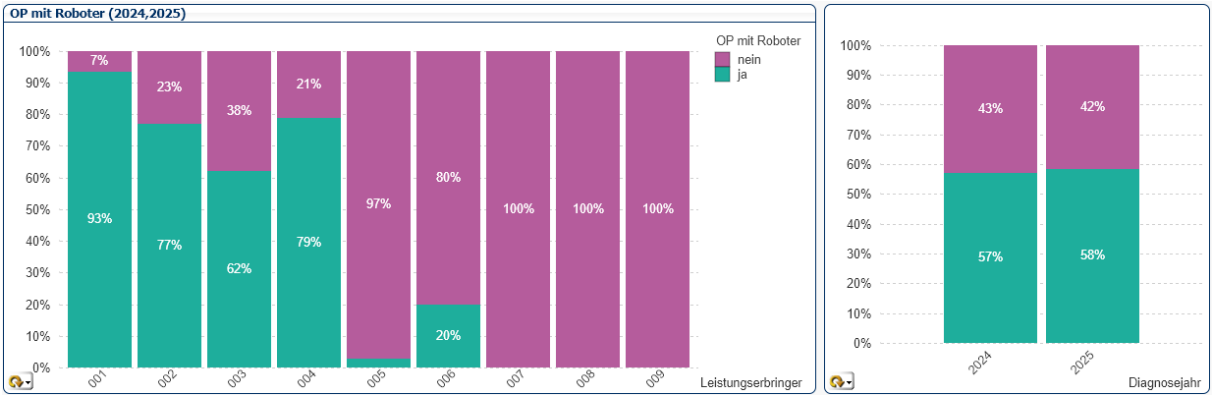

Abbildung 20: Operationstechnik bei Tumoren mit UICC II, III oder IV nach operierenden Leistungserbringern und Diagnosejahren 2024/25 (n=590)

3.3.2 Prostatektomie

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die Leistungserbringer 001 bis 008, die für die Diagnosejahre 2024/25 mindestens 20 selbst durchgeführte Prostatektomien gemeldet haben.

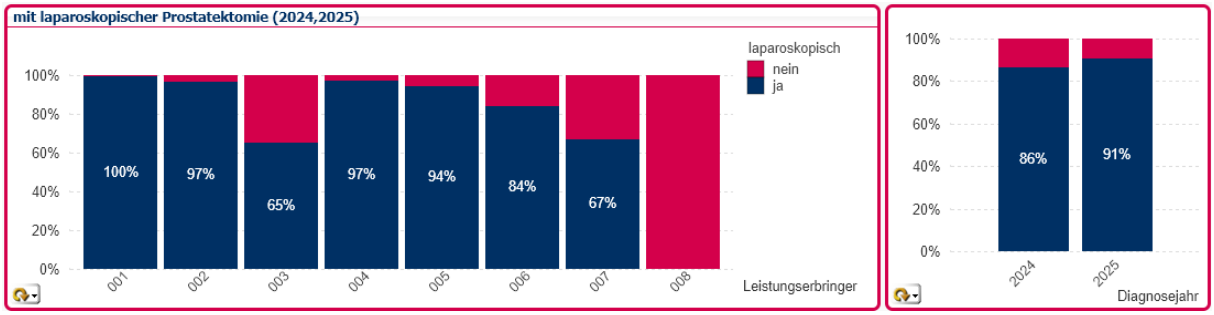

Abbildung 21: Laparoskopische vs. offene Prostatektomien nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=825)

Abbildung 21 zeigt insgesamt einen hohen Anteil an laparoskopisch durchgeführten Eingriffen. Die Tendenz zur Laparoskopie ist in den letzten Jahren steigend (Abbildung 22).

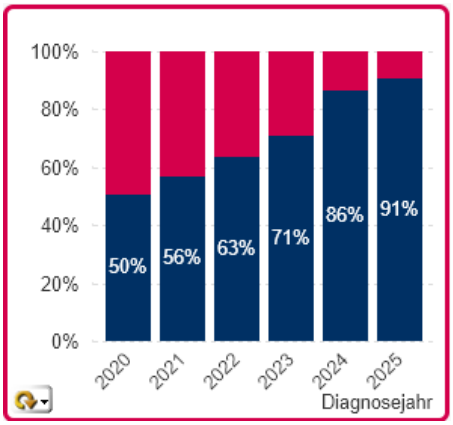

Abbildung 22: Laparoskopische vs. offene Prostatektomien nach den Diagnosejahren 2020 - 2025 (n=1.806)

Mit Gefäß- bzw. Nerverhalt konnten 42 % der Prostatektomien durchgeführt werden (Abbildung 23). Hier ist ein sinkender Trend durch den zuletzt vermehrten Vorzug einer abwartenden Primärtherapie vor einer schonenden OP erklärbar.

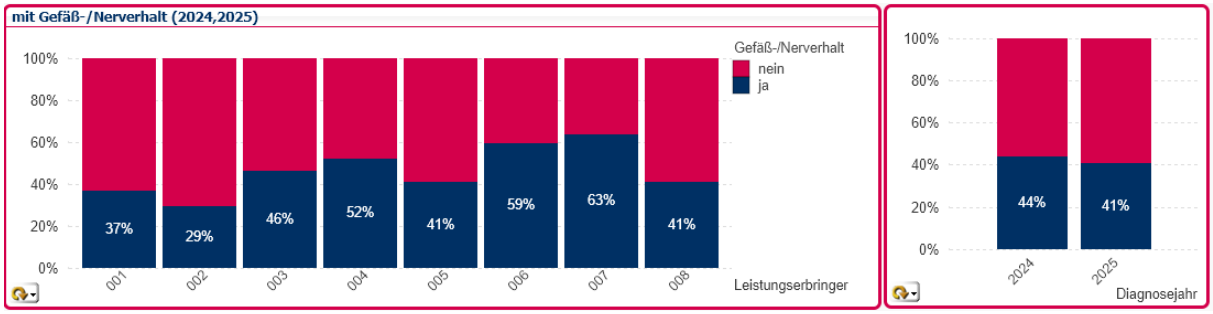

Abbildung 23: Prostatektomien mit und ohne Gefäß- bzw. Nerverhalt nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=825)

3.3.3 Resektionsergebnis

Abbildung 24 zeigt den Anteil an Prostatektomien bzw. Zystektomien mit R0-Resektionsergebnis. Die DKG fordert im Kennzahlenbogen einen R0-Anteil von > 85 % bei pT2-Tumoren ohne Metastasen. Dies wird in Abbildung 25 dargestellt.

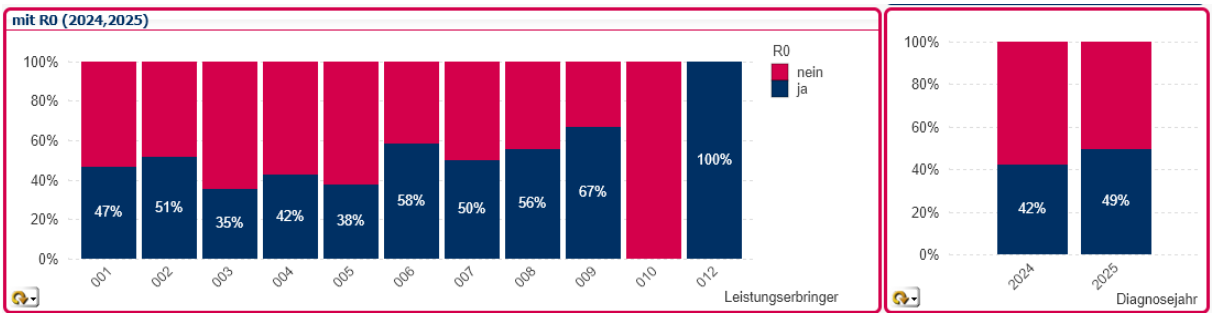

Abbildung 24: Resektionsergebnis von Prostatektomien bzw. Zystektomien nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=974)

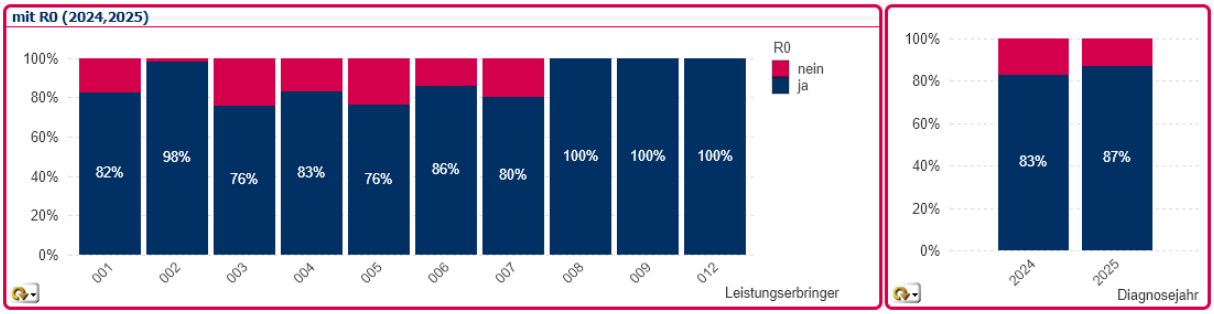

Abbildung 25: Resektionsergebnis von Prostatektomien bzw. Zystektomien von nichtmetastasierten pT2-Tumoren (pT2 und c/pN0/X und M ≠ M1) nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=527)

3.4 Tumorkonferenzen

Die DKG fordert im Kennzahlenbogen einen Anteil von ≥ 95 % der Patienten, die in einer prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden. Abbildung 26 zeigt den Anteil an Tumoren mit Diagnosejahr 2024/25, für die eine Meldung zu einer prätherapeutischen Tumorkonferenz vorliegt.

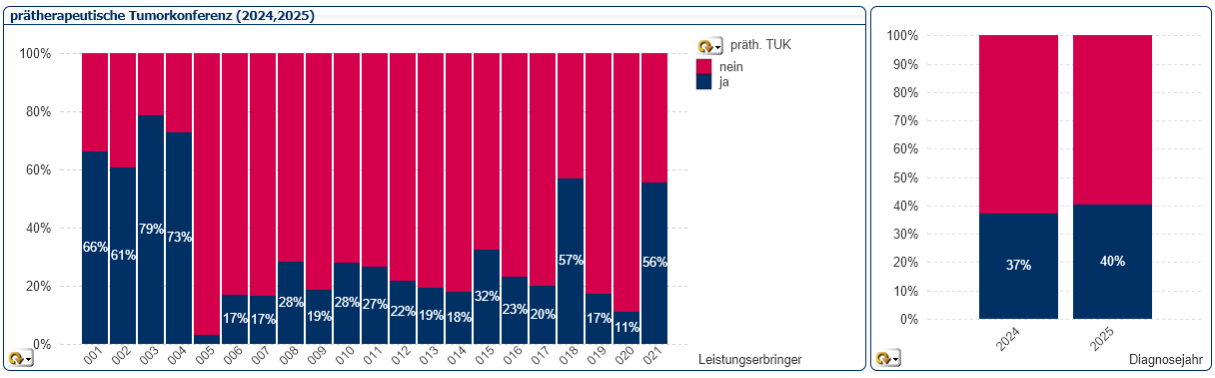

Abbildung 26: Anteil der Tumoren, für die eine prätherapeutische Tumorkonferenz gemeldet wurde, nach beteiligten Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=4.434)

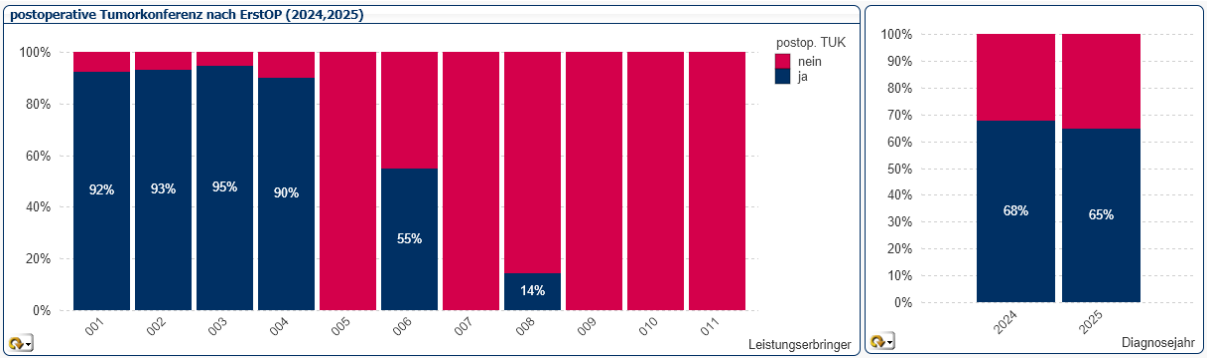

Abbildung 27: Anteil der Tumoren mit pT≥3 und/oder N≥0 und/oder R1, für die eine postoperative Tumorkonferenz gemeldet wurde, nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=467)

Außerdem sollten nach DKG-Kennzahl 3a alle operierten Fälle mit pT≥3 und/oder N≥0 und/oder Resektionsergebnis R1 in einer postoperativen Tumorkonferenz vorgestellt werden. Abbildung 27 zeigt den Anteil dieser Tumoren mit Diagnosejahr 2024/25, für die eine Meldung zu einer postoperativen Tumorkonferenz vorliegt.

Offensichtlich fehlen Tumorkonferenz-Meldungen zu prätherapeutischen Tumorkonferenzen und zu postoperativen Tumorkonferenzen, die außerhalb der Zentren stattgefunden haben.

3.5 Qualitätsindikatoren

Die mit den verfügbaren Registerdaten berechenbaren Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“ in der Version 8.1 aus dem August des Jahres 2025[5]. Nachdem mit der neuen Version die QI 2, 3 und 5 (Abbildung 28 bis Abbildung 30) aus dem Portfolio gestrichen wurden, bleiben noch fünf Qualitätsindikatoren (QI 4, 7, 9, 13, 14), die grundsätzlich mit Daten aus dem Krebsregister berechnet werden können. Aus verschiedenen Gründen ergeben sich jedoch für die Praxis Herausforderungen, die ein Ausweisen einiger dieser Indikatoren verhindern oder erschweren:

- QI 4 - Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko: Die Nennerdefinition (cT < 3, N = 0, M ≠ 1 und [PSA > 20 oder Gleason ≥ 8 oder cT = 2c] und Strahlentherapie Applikationsart perkutan ohne vorherige RPE und Zielgebiet = Prostata) ergibt für die Diagnosejahre 2024/25 insgesamt 19 Fälle mit Beteiligung schleswig-holsteinischer Leistungserbringer. Es ist nicht sinnvoll, einen Qualitätsindikator zu berechnen.
- QI 7 - Salvage-Radiotherapie bei rezidiviertem Prostatakarzinom: Die Nennerdefinition (OP mit OPS: 5-604.*, 5-576.* mit OP-Datum < Bestrahlungsbeginndatum und PSA (postoperativ) > 0,2 ng/ml und OP-Datum < PSA-Datum und PSA-Datum (PSA-Rezidiv) < Bestrahlungsdatum und Bestrahlungs-Applikationsart = P und Zielgebiet = Prostata) ergibt für die Diagnosejahre 2024/25 keine Fälle mit Beteiligung schleswig-holsteinischer Leistungserbringer. Es kann kein Qualitätsindikator berechnet werden.

[5] https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom, Abruf: 10.11.2026

- QI 9 - Postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie: Ein Nichtmelden von Komplikationen würde den Quotienten verbessern. Der Sinn einer Berechnung des Qualitätsindikators ist fraglich.
- QI 13 - Androgendeprivationstherapie oder Bicalutamid bei hohem Progressionsrisiko: siehe QI 7.

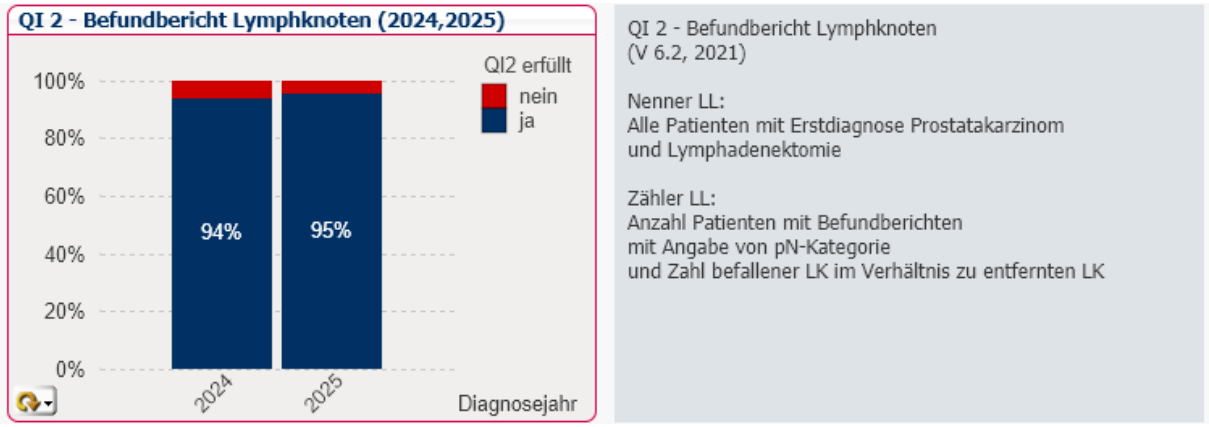

Abbildung 28: QI 2 – Befundbericht Lymphknoten

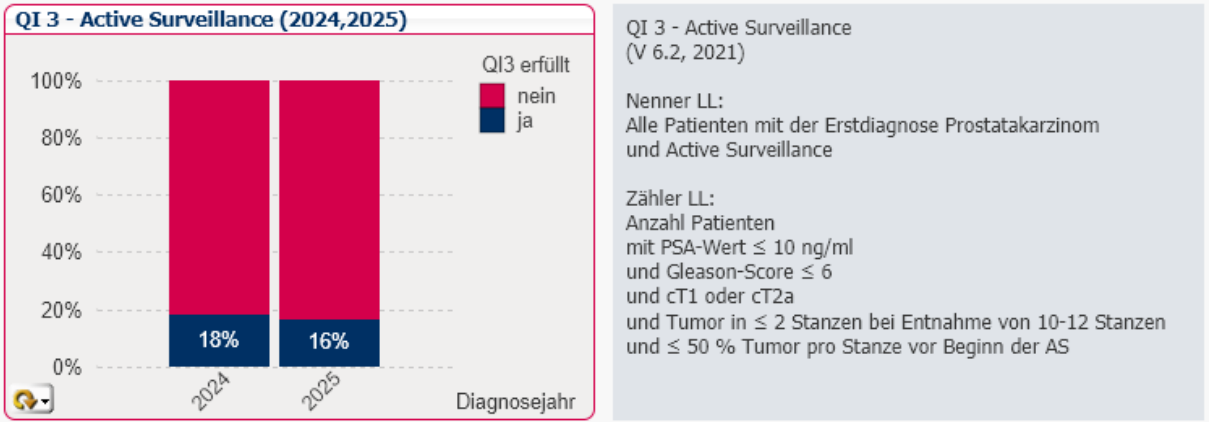

Abbildung 29: QI 3 – Active Surveillance

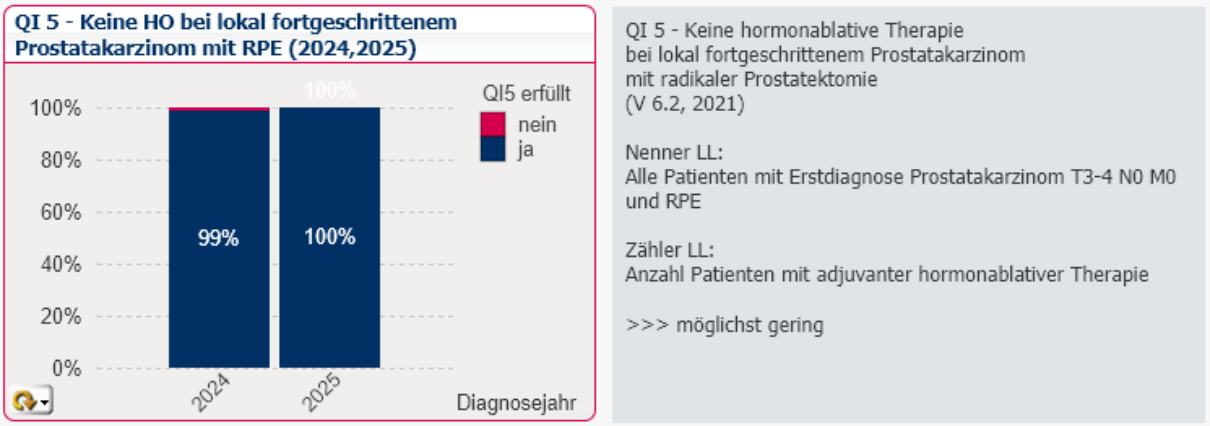

Abbildung 30: QI 5 – Keine hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie

Es bleibt ein Qualitätsindikator (QI 14), dessen Berechnung sinnvoll erscheint.

3.5.1 QI 14 - Aktive Überwachung

Qualitätsindikator 14 erwartet für Fälle mit lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil (Gleason-Score ≤ 6 und PSA-Wert ≤ 10 ng/ml und T1/T2a (cN ≠ 1/2, cM ≠ 1)), dass primär eine Aktive Überwachung stattfindet. Abbildung 31 zeigt die Werte für diejenigen Leistungserbringer, die eine Diagnosemeldung zum jeweiligen Fall abgegeben haben. Weitere abwartende Therapien (Watchful Waiting, Wait and See) sind gesondert markiert. Wie oben bereits angemerkt, ist hier mindestens von einer Untererfassung bzw. fehlenden Übermittlung von abwartenden Therapien auszugehen.

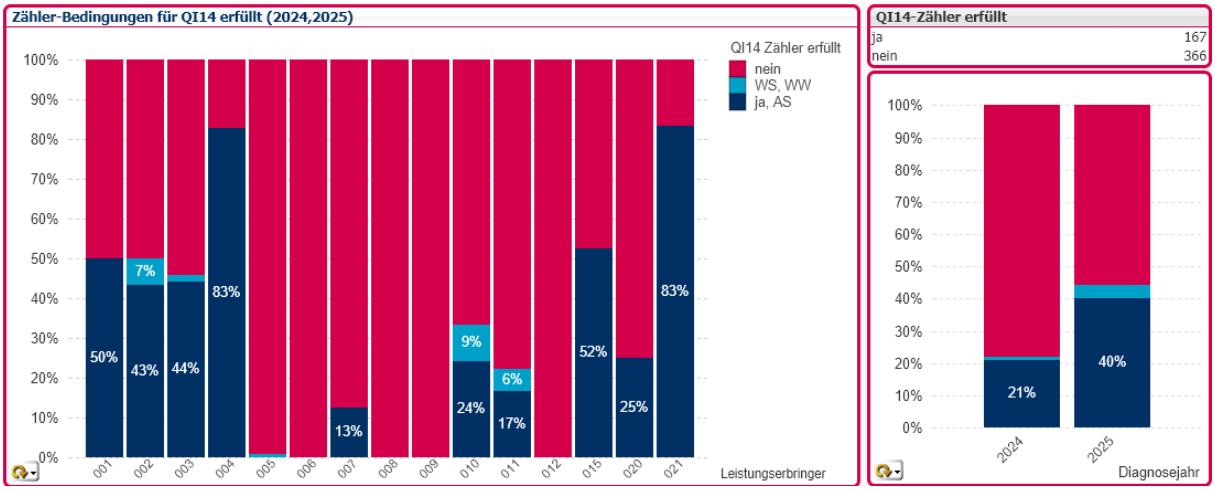

Abbildung 31: QI 14 – Aktive Überwachung nach diagnostizierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=533)

3.5.2 QS-Verfahren „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ des G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16.07.2026 die Durchführung des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ beschlossen. Dabei sollen einige der dort spezifizierten Indikatoren mit Daten der Krebsregister berechnet werden. Hier zwei Beispiele:

1) Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie

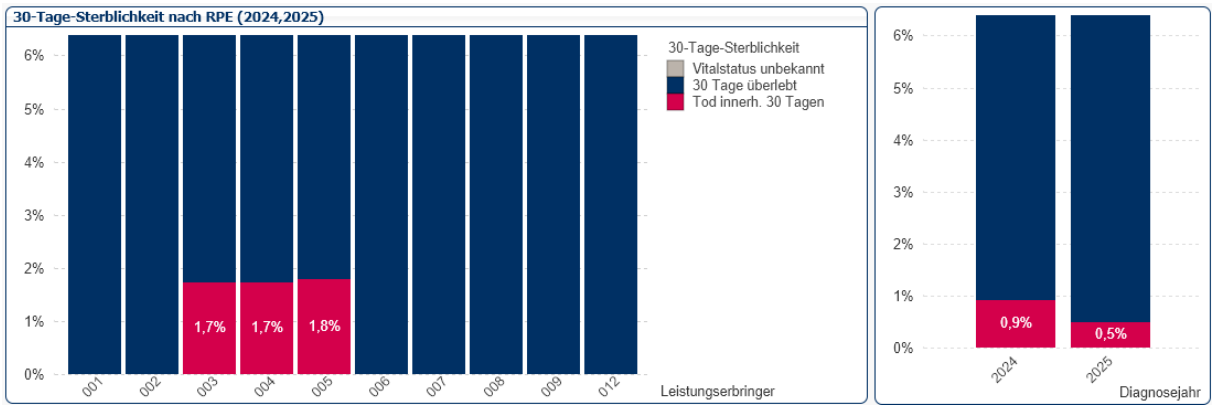

Abbildung 32: 30-Tage-Sterblichkeit nach radikaler Prostatektomie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=427)

Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (UICC I/II), die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie verstorben sind. Abbildung 32 zeigt die Daten für Leistungserbringer, die die radikale Prostatektomie (OPS 5-604.*) nach Diagnose in 2024/25 durchgeführt haben. Abbildung 33 schließt Fälle mit Zystektomie (OPS 5-576.*) mit ein.

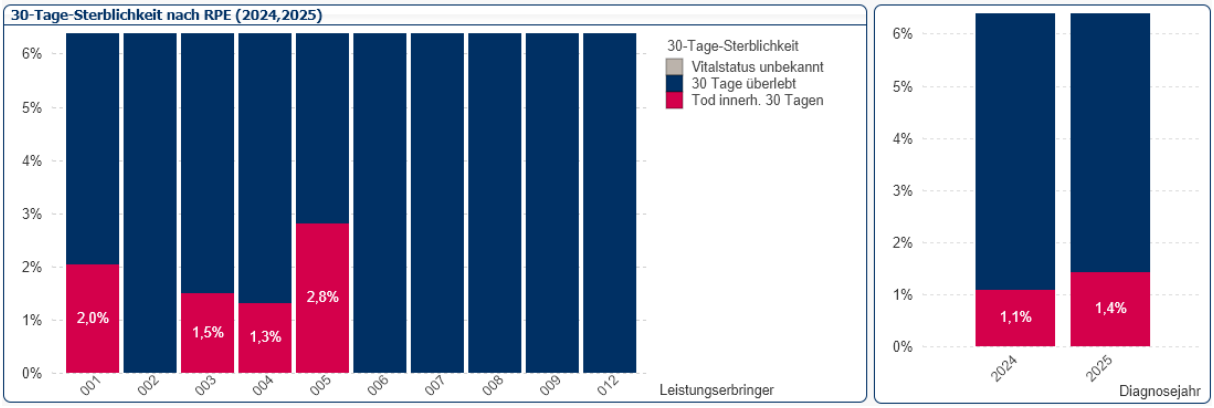

Abbildung 33: 30-Tage-Sterblichkeit nach radikaler Prostatektomie oder Zystektomie bei lokalbegrenztem Prostatakarzinom nach operierenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=558)

2) Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie

Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (UICC I/II), die innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie verstorben sind. Abbildung 34 zeigt die Daten für Leistungserbringer, die die Bestrahlung nach Diagnose in 2024/25 durchgeführt haben.

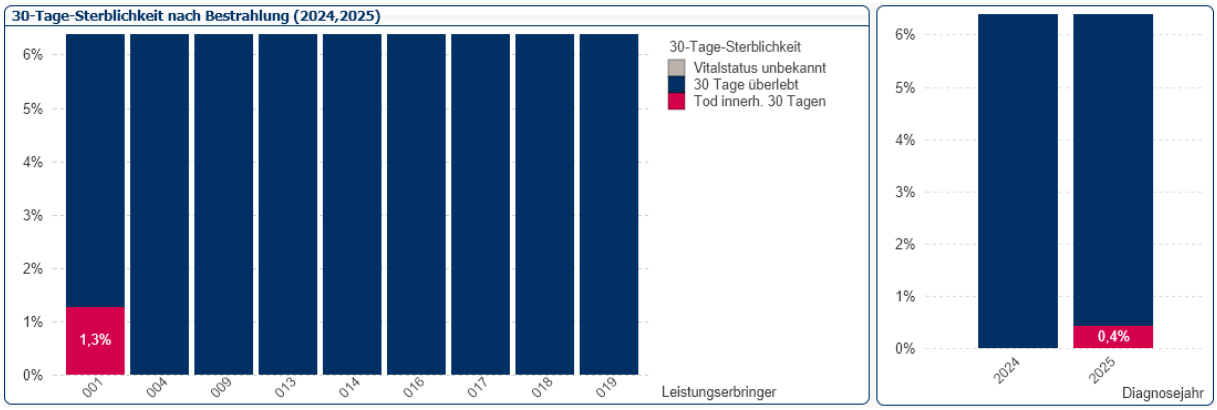

Abbildung 34: 30-Tage-Sterblichkeit nach primärer Strahlentherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom nach bestrahlenden Leistungserbringern; Diagnosejahre 2024/25 (n=527)

3.6 Überleben

Die Ergebnisqualität wird oftmals am Survival festgemacht. Abbildung 35 zeigt die Überlebenskurven ab Diagnose in den Jahren 2017 bis 2025 nach Kaplan-Meier für DKG-zertifizierte Prostatazentren (blau) und die übrigen Leistungserbringer in Schleswig-Holstein (rot) im Vergleich. Unterschieden wurde hierbei, ob die Patienten unter anderem in einem Prostatazentrum versorgt wurden oder nicht.

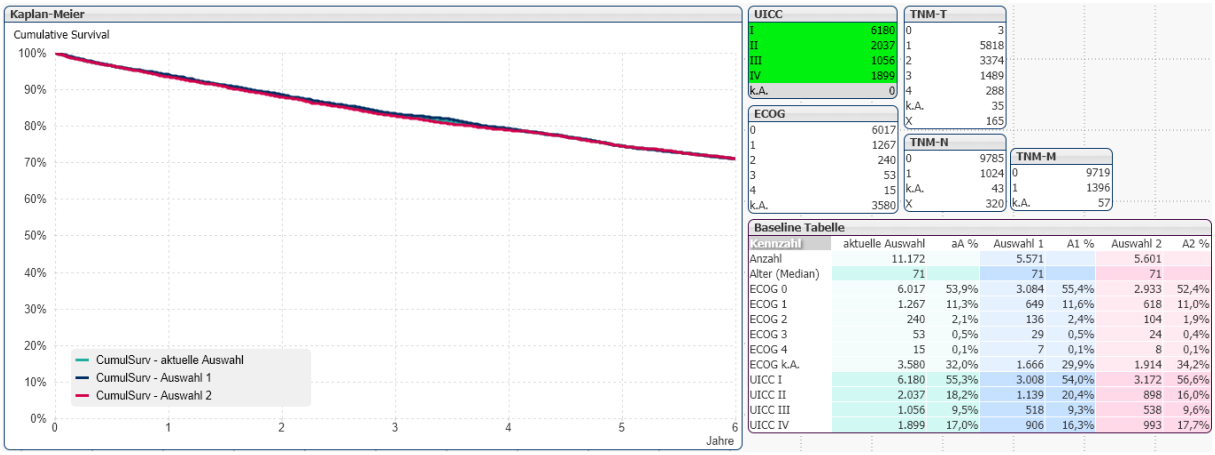

Abbildung 35: Survival nach Kaplan-Meier – Prostatazentren (blau, n=5.571) vs. andere Primärversorger in SH (rot, n=5.601)

Die nebenstehende Tabelle beschreibt die Zusammensetzung der beiden Patientenkollektive anhand von Merkmalen wie Alter, ECOG-Leistungsstatus und UICC-Stadium. Fälle, für die aufgrund fehlender Angaben kein UICC-Stadium bestimmt werden konnte, wurden ausgeschlossen (n = 5.282). Auch bei einer nach UICC-Stadium stratifizierten Betrachtung zeigen die Überlebenskurven deskriptiv ähnliche Verläufe.

Abbildung 36 zeigt die Überlebenskurven nach Therapiearten bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil (Gleason-Score ≤ 6 und PSA-Wert ≤ 10 ng/ml und T1/T2a (cN ≠ 1/2, cM ≠ 1) und UICC = I/II). Dabei wurden jeweils diejenigen Fälle eingeschlossen, die ausschließlich die genannte Therapie und ggf. eine zusätzliche systemische Therapie erhalten haben.

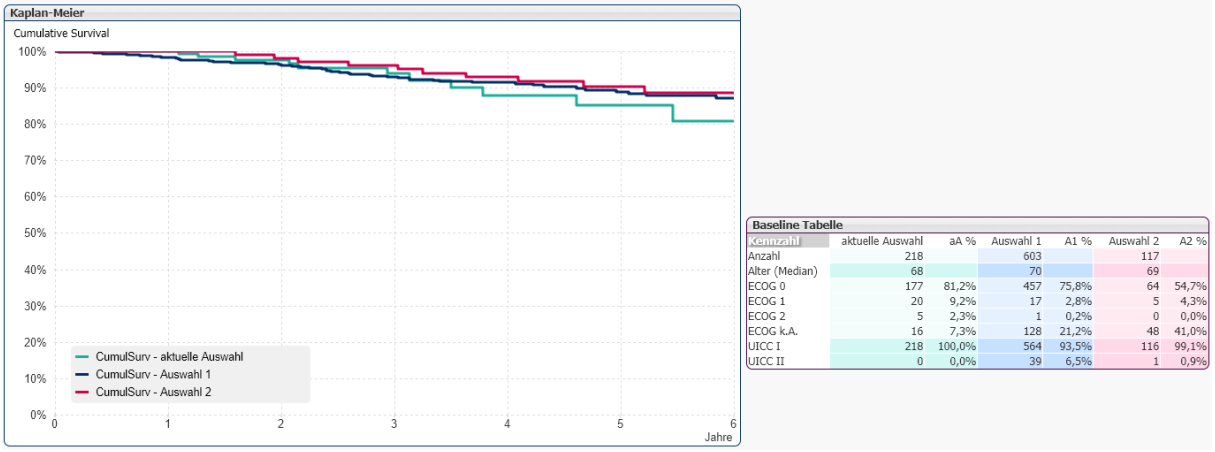

Abbildung 36: Survival nach Kaplan-Meier – Operation (blau, n=603) vs. Strahlentherapie (rot, n=117) vs. Abwartende Therapie (grün, n=218) bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

Es ist zu beachten, dass es sich hier nur um eine grobe Betrachtung handelt, die keine statistischen Methoden benutzt, also keine weiteren spezifischen Einschlusskriterien definiert und auch nicht nach weiteren Einflussfaktoren wie Alter und ECOG adjustiert oder Konfidenzintervalle errechnet, um eine weitere Vergleichbarkeit der Patientenkollektive zu erreichen.

4 Zusammenfassung und Bewertung

Die Analyse der Versorgungsqualität bei Prostatakarzinomen in Schleswig-Holstein für die Diagnosejahre 2024/25 zeigt ein insgesamt positives Bild der Patientenversorgung, offenbart jedoch deutliche Defizite in der datentechnischen Erfassung. Positiv hervorzuheben ist die zunehmende Implementierung leitliniengerechter Therapieansätze. Insbesondere bei lokal begrenzten Tumoren mit niedrigem Risikoprofil ist ein steigender Anteil an aktiven Überwachungsstrategien zu verzeichnen, was einer Tendenz zur Vermeidung unnötiger Übertherapien entspricht. Auch im operativen Bereich ist ein moderner Trend zur minimalinvasiven, laparoskopischen Prostatektomie erkennbar.

Kritisch anzumerken ist hingegen die mangelnde Vollständigkeit der klinischen Dokumentation. Die hohen Quoten fehlender Angaben zum TNM-Stadium sowie zu PSA-Werten erschweren eine sachgemäße Beurteilung der Qualität und führen dazu, dass einige Qualitätsindikatoren (QI) statistisch nicht belastbar berechnet werden können. Dies betrifft insbesondere die Dokumentation außerhalb der zertifizierten Zentren, was sich auch in der geringeren Meldungsrate von Tumorkonferenzen widerspiegelt.

Aus den Leitlinien gestrichene oder verkomplizierte Qualitätsindikatoren erlauben allenfalls eine bruchstückhafte Beurteilung von Qualität. Eigene Versorgungsindikatoren und Kennzahlen von DKG und G-BA gleichen dieses Defizit teilweise aus.

Die – zugegeben einfach gehaltene – Überlebensanalyse zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Versorgung in zertifizierten Prostatazentren und anderen Primärversorgern in Schleswig-Holstein. Dies deutet darauf hin, dass die Ergebnisqualität über verschiedene Leistungserbringer hinweg auf einem vergleichbaren Niveau liegt. Ähnliche Überlebensverläufe für verschiedene Therapien beim lokal begrenzten Prostatakarzinom des niedrigen Risikoprofils bestätigen die Empfehlung der Leitlinie zum am wenigsten invasiven Active Surveillance als primäre Therapie.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein der aktuellen S3-Leitlinie weitgehend folgt. Um die Versorgungsqualität jedoch transparent und evidenzbasiert steuern zu können, ist eine deutliche Verbesserung der Meldequalität und Dokumentationsdisziplin – insbesondere im niedergelassenen Bereich, bei den Tumorkonferenzen und den abwartenden Therapien – zwingend erforderlich.