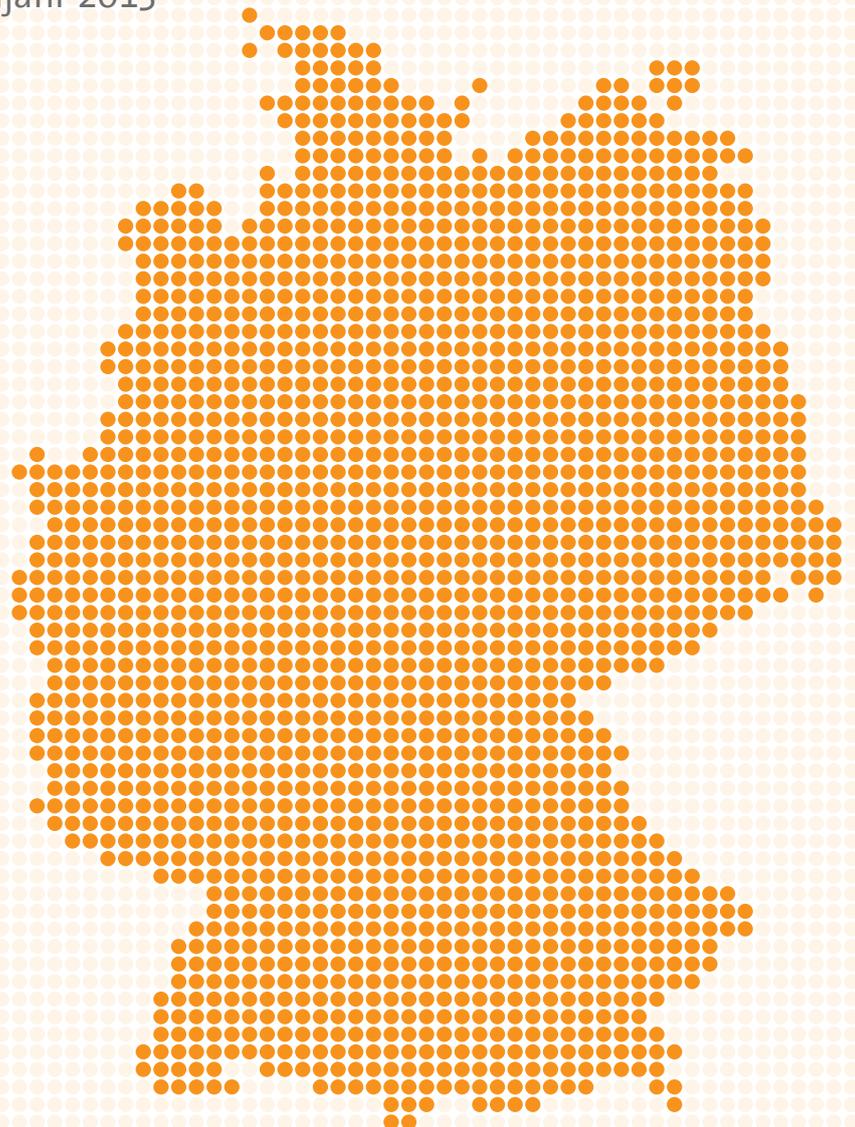


Kommentierter Jahresbericht 2017

# DKG-zertifizierte Prostatakrebszentren

Auditjahr 2016 • Kennzahlenjahr 2015







Kommentierter Jahresbericht 2017

# DKG-zertifizierte Prostatakrebszentren

Auditjahr 2016 • Kennzahlenjahr 2015

# Inhaltsverzeichnis

## Kommentierter Jahresbericht der DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>Einführung</b> .....	<b>7</b>
Zertifizierte Zentren – was versteht man darunter?	8
Wie viele Zentren sind speziell für die Behandlung von Prostatakrebs zertifiziert?	9
Warum ist die Zertifizierung ein Qualitätsmerkmal?	10
Warum lassen sich Zentren zertifizieren?	11
Wie wird die Qualität der Krebsversorgung im Rahmen der Zertifizierung überhaupt gemessen?	11
Warum ist dieser Bericht für Ärzte, Patienten und Angehörige wichtig?	12
Wie liest man diesen Bericht?	12
Warum findet man hier keinen Vergleich der Ergebnisse einzelner Zentren?	14
Warum erhalten Zentren eine Zertifizierung, obwohl einzelne Sollvorgaben nicht erfüllt werden?	15
Warum sind manche Kennzahlen freiwillig anzugeben?	15
Wie findet man ein zertifiziertes Zentrum?	15
<b>Ergebnisse aller Kennzahlen mit Erläuterungen</b> .....	<b>16</b>
Kennzahl 1a: Anzahl der Primärfälle	17
Kennzahl 1b1: Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko	18
Kennzahl 1b2: Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und mittlerem Risiko	19
Kennzahl 1b3: Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und hohem Risiko	20
Kennzahl 2a: Vorstellung in der wöchentlichen prätherapeutischen Konferenz – Urologie	21
Kennzahl 2b: Vorstellung in der wöchentlichen prätherapeutischen Konferenz (Zugang über Strahlentherapie)	22
Kennzahl 3a: Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz – Primärfälle	23
Kennzahl 3b: Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz Rezidive/Metastasen	24
Kennzahl 4: Active Surveillance (AS)	25

Kennzahl 5: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko	27
Kennzahl 6: Psychoonkologische Betreuung	29
Kennzahl 7: Beratung Sozialdienst	30
Kennzahl 8: Studienteilnahme	31
Kennzahl 9: Anzahl Prostatektomien pro Zentrum	32
Kennzahl 10: Postoperative Revisionseingriffe	33
Kennzahl 11: Erfassung der R1-Resektionen bei Prostatakarzinomen im Stadium pT2c/pNO oder NxM0	34
Kennzahl 12: Definitive Strahlentherapie	36
Kennzahl 13: Permanente Seedimplantation – D90 > 130Gy	37
Kennzahl 14: HDR-Brachytherapie	38
Kennzahl 15: Befundbericht Stanzbiopsie	39
Kennzahl 16: Befundbericht Lymphknoten	40
Kennzahl 17: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom	41
Kennzahl 18: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei Prostatakarzinom mit Lymphknotenmetastasen	42
Kennzahl 19: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem Prostatakarzinom	43
Kennzahl 21: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie	44
Kennzahl 22: Komplikationen nach Strahlentherapie	45
<b>Glossar</b> .....	<b>46</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>49</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>51</b>
<b>Autoren</b> .....	<b>55</b>

# Zusammenfassung

Seit 2008 das erste Prostatakrebszentrum von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurde, ist die Zahl der Zentren mit diesem Qualitätssiegel kontinuierlich angestiegen. Der vorliegende Jahresbericht wendet sich an alle, die mehr über die Qualität und die Qualitätsentwicklung an diesen Zentren wissen wollen. Er erklärt, wie die Qualität dort erfasst wird, und beschreibt, welche Qualitätsanforderungen für eine Zertifizierung erfüllt sein müssen.

Als Maß für die Qualitätsmessung sind im Bericht insgesamt 26 Qualitätskennzahlen abgebildet; acht davon sind von der Leitlinienkommission als Qualitätsindikatoren empfohlen, die übrigen das Ergebnis der Diskussion in der Zertifizierungskommission. Neben diesen Kennzahlen müssen zertifizierte Prostatakrebszentren viele weitere Anforderungen erfüllen, die im Detail im sogenannten Erhebungsbogen nachzulesen sind, den Sie auf <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html> finden. Zu jeder dieser Qualitätskennzahlen gibt es eine Erklärung ihrer Bedeutung, das Ergebnis der Auswertung der Daten aller Zentren und eine kurze Erläuterung der von den Zentren getroffenen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2015, und damit auf die Patienten, die im Jahr 2015 in den zertifizierten Prostatakrebszentren behandelt wurden. Sie stellen die Bewertungsgrundlage für die 2016 durchgeführten Audits dar. Im Auditjahr 2016 waren 103 Prostatakrebszentren an insgesamt 104 Standorten zertifiziert. Nicht alle 104 zertifizierten Zentrumstandorte sind im vorliegenden Bericht abgebildet. Ausgenommen wurden acht Standorte, die im Jahr 2016 zum ersten Mal zertifiziert wurden – die Datenabbildung eines kompletten Kalenderjahrs ist für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend – sowie ein Standort, bei dem der Nachweis der Daten aus klinik-internen Gründen nicht termingerecht abgeschlossen werden konnte. 2015 wurden dort 20.643 Patienten behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abrufbar.

# Einführung

Diagnose Krebs – wer hilft mir? Zu den ersten Fragen der Betroffenen zählt die nach der optimalen Behandlung: Wo werde ich gut betreut? Wo existiert genügend Erfahrung, wenn es um bestimmte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen geht? Und wie lässt sich die Qualität einer medizinischen Einrichtung überhaupt beurteilen? Ein wichtiger Schritt hin zu hohen Qualitätsstandards ist die Zertifizierung von Zentren, wie sie die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) bereits seit 2003 vornimmt. Dieser Bericht wendet sich an Patienten ebenso wie an Fachleute und interessierte Laien, die mehr über die medizinische Qualität von zertifizierten Prostatakrebszentren erfahren wollen. Er erklärt die Anforderungen, die für eine Zertifizierung erfüllt sein müssen, beschreibt, wie diese Anforderungen im Behandlungsjahr 2015 erfüllt wurden, und hilft, die jährlich erscheinenden Jahresberichte der Zentren zu verstehen, die lediglich sparsame Erklärungen enthalten. Dieser Bericht wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft gemeinsam mit Mitgliedern der Zertifizierungskommission Prostatakrebs und dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) entwickelt. Letzterer gab auch den Impuls zur Erstellung dieses Berichts. Auch wenn wir bei der Erstellung des Berichts versucht haben, möglichst allgemeinverständliche Begriffe zu verwenden, war die Verwendung von Fachbegriffen nicht immer zu vermeiden. Einige dieser Fachbegriffe sind im Glossar erklärt. Falls Ihnen ein Begriff unklar ist, lohnt es sich also, dort nachzuschlagen. Wir möchten, dass möglichst viele Menschen verstehen, wie das Zertifizierungssystem funktioniert: Wenn Sie finden, dass einige Punkte nicht gut erklärt sind oder unklar bleiben – schreiben Sie uns. Eine E-Mail-Adresse für Anregungen finden Sie im Impressum.

Krebserkrankungen sind zumeist sehr komplex. Ihre Diagnose, Therapie und Nachsorge erfordert die enge Zusammenarbeit einer Vielzahl von Spezialisten in sogenannten multidisziplinären Teams. Dazu gehören nicht nur verschiedene fachärztliche Disziplinen, sondern auch weitere Berufsgruppen, etwa speziell ausgebildete Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Psychoonkologen. Selbsthilfegruppen bieten außerdem wertvolle Unterstützung für Patienten und Angehörige.

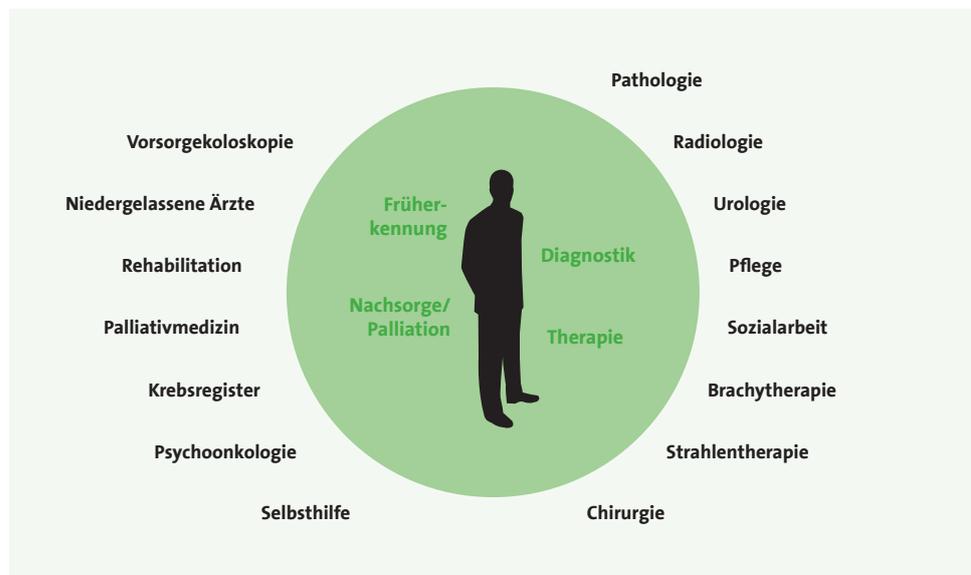
Die Bedeutung multidisziplinärer Teams für eine gute Versorgung von Krebspatienten ist mittlerweile anerkannt. Als Hindernis erweist sich jedoch häufig die Trennung zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Behandlung im Krankenhaus. Fehlende Schnittstellen können für den Patienten zum Problem werden, etwa, wenn erforderliche Informationen nicht übermittelt werden oder die weiterführende Behandlung nicht klar geregelt ist. Zertifizierte Zentren müssen nachweisen, dass sie diese multidisziplinäre Zusammenarbeit gewährleisten.

Die Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen erfordert zudem ein umfangreiches Wissen über den aktuellen Stand der medizinischen Forschung. Orientierung bieten hier medizinische Leitlinien; sie stellen das aktuelle medizinische Wissen dar und unterstützen so den Arzt bei der Wahl seiner diagnostischen und therapeutischen Mittel. Onkologische Leitlinien leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten. Sie sind deshalb die Grundlage der Versorgung in zertifizierten Zentren. Ihre Umsetzung wird überprüft.

## Zertifizierte Zentren – was versteht man darunter?

Bei den Zentren mit einer Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft handelt es sich um Netzwerke aus stationären und ambulanten Einrichtungen – sie sind nicht auf einzelne Krankenhäuser beschränkt, sondern beziehen niedergelassene Ärzte und weitere Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ein, z. B. Rehabilitationseinrichtungen. In Zentren arbeiten so alle an der Behandlung eines Krebspatienten beteiligten Fachrichtungen eng zusammen. **Abb. 1** zeigt die Fachrichtungen, die z. B. bei der Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Prostatakrebs mitwirken. Viele der Qualitätsanforderungen, die für eine Zertifizierung erfüllt sein müssen, leiten sich aus den Empfehlungen der aktuell geltenden onkologischen Leitlinie ab. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass das aktuell verfügbare medizinische Wissen in die Therapieentscheidung einfließt. Außerdem müssen die Zentren nachweisen, dass sie über das nötige Wissen und die erforderliche Ausstattung (Technik, Personal) für die Behandlung von Krebspatienten verfügen. Nicht-zertifizierte Einrichtungen müssen diese Anforderungen hingegen nicht erfüllen.

Um eine gute Versorgung für möglichst alle Krebspatienten zu gewährleisten, setzt die Deutsche Krebsgesellschaft auf ein Versorgungsmodell, bei dem die zertifizierten Zentren in Stufen organisiert sind. Die Basis bilden die auf ein Organ spezialisierten Organkrebszentren. Die sogenannten Onkologischen Zentren betreuen dagegen mehrere Tumorarten unter einem Dach. Hinzu kommen die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren (CCC), deren Schwerpunkt auf der Entwicklung neuer Therapiestrategien liegt. Prostatakrebszentren sind also Organkrebszentren. Das erste DKG-zertifizierte Prostatakrebszentrum nahm 2008 seine Arbeit auf.



**Abb. 1:** Zertifizierte Prostatakrebszentren – Netzwerke aus stationären und ambulanten Einrichtungen

## Wie viele Zentren sind speziell für die Behandlung von Prostatakrebs zertifiziert?

Im Jahr 2008 wurde das erste Prostatakrebszentrum von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Bis zum 31.12.2016 ist die Zahl dieser Zentren auf 103 angewachsen (**Tab. 1**). In den 95 in diesem Bericht berücksichtigten Standorten wurden im Jahr 2016 20.643 Primärfälle mit der ersten Diagnose eines Prostatakarzinoms behandelt, das entspricht annähernd einem Drittel aller Neuerkrankungen beim Prostatakrebs.

	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012
Laufende Verfahren	7	5	5	4	4
Zertifizierte Zentren	103	97	94	94	91
Zertifizierte Standorte	104	98	95	95	92
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	95	94	91	88	79
Primärfälle gesamt*	20.643	18.684	18.288	19.558	17.425
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	217	199	201	222	221
Primärfälle pro Standort (Median)*	159	139	149	159	169



**Tab. 1:** Entwicklung der DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren (Stand 31.12.2016)

## Warum ist die Zertifizierung ein Qualitätsmerkmal?

Zentren mit einer Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft unterziehen sich einer strengen Qualitätskontrolle. Nur solche Zentren, die den Zertifizierungsprozess erfolgreich durchlaufen haben, erhalten das entsprechende Zertifikat. Die Zertifizierung folgt einem strukturierten Prozess, bei dem die verschiedenen Aufgaben von unterschiedlichen Instanzen ausgeübt werden: Eine Zertifizierungskommission erarbeitet die Anforderungen; die Überprüfung der Umsetzung erfolgt unabhängig von der Zertifizierungskommission durch onkologisch tätige Fachärzte (Auditoren) in Zusammenarbeit mit dem Institut OnkoZert. Die Auditoren prüfen die Erfüllung der Anforderungen auf der Grundlage der von den Zentren gelieferten Daten und durch Begehungen vor Ort, die ein bis zwei Tage in Anspruch nehmen. Für die Entscheidung über die Zertifikatsvergabe ist schließlich eine dritte Instanz zuständig, der sogenannte Ausschuss Zertifikaterteilung. Dieses vergleichsweise komplizierte Verfahren wurde entwickelt, um den Zertifizierungsprozess möglichst transparent zu machen und zu verhindern, dass ein Gremium alleine über die Zertifizierung entscheidet.

Das nationale Zertifizierungsprogramm Krebs der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe stellt außerdem sicher, dass alle Zentren mit einer Zertifizierung für eine spezielle Tumorerkrankung die Anforderungen in gleicher Art und Weise erfüllen, unabhängig davon, ob sie Organkrebszentren, Onkologische Zentren oder Onkologische Spitzenzentren sind. Der Qualitätsstandard der Zentren ist in öffentlich zugänglichen Jahresberichten dokumentiert. Auf diese Weise entsteht ein hohes Maß an Transparenz über die Versorgungsqualität an zertifizierten Zentren.

Für den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) sind die Messung der Behandlungsqualität und die Transparenz dieser Daten wichtige Faktoren im Kommentierten Jahresbericht. Für die Definition und Nutzung aussagefähiger Qualitätsindikatoren, die auch einen internationalen Vergleich der Behandlungsergebnisse ermöglicht, engagiert sich der BPS in der Zertifizierungskommission der Prostatakrebszentren. Selbsthilfegruppen des BPS informieren und unterstützen Patienten der Prostatakrebszentren, und sie kooperieren mit den Zentren als Vertreter von Patienteninteressen.

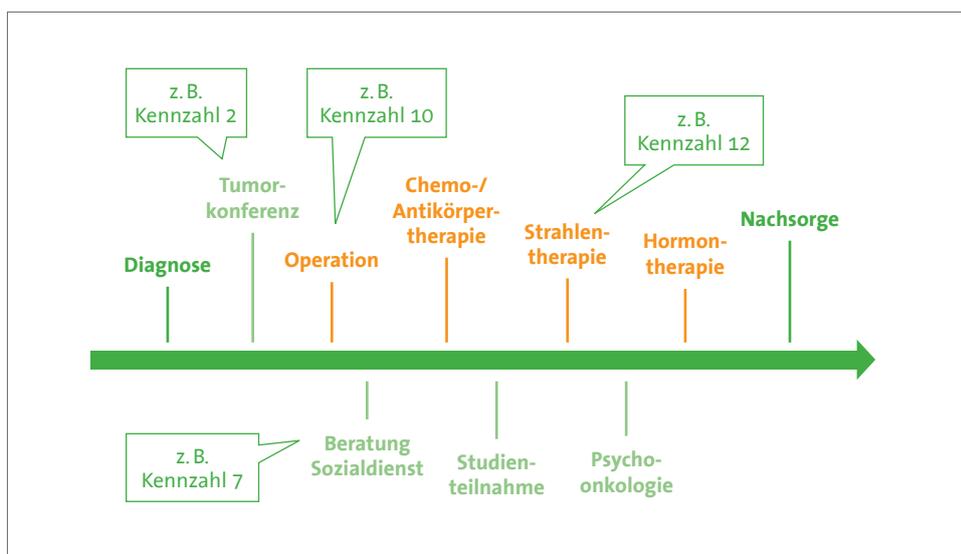
## Warum lassen sich Zentren zertifizieren?

Die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft ist freiwillig. Obwohl sie für die teilnehmenden Zentren Aufwand bedeutet, weisen mittlerweile insgesamt mehr als 1.000 Zentren in über 440 Krankenhäusern ein Zertifikat der DKG auf. Denn die Zertifizierung bedeutet nicht nur mehr Transparenz für Patienten, sondern auch für die Zentren selbst. So können sie sich mit anderen Zentren vergleichen. Durch die Dokumentation im Rahmen der Zertifizierung fallen Möglichkeiten zur Prozessverbesserung oft frühzeitig auf. Auch die jährlichen Audits tragen dazu bei, dass die Zentren eventuelle Qualitätsunterschiede diskutieren und beheben können.

## Wie wird die Qualität der Krebsversorgung im Rahmen der Zertifizierung überhaupt gemessen?

Kennzahlen spielen bei der Qualitätsmessung eine wichtige Rolle. Geeignete Kennzahlen helfen z. B. bei der Bewertung der Qualität von Behandlungsergebnissen oder bei der Frage, ob die Strukturen und Prozesse einer Einrichtung geeignet sind, um eine hochwertige Krankenversorgung zu gewährleisten. Kennzahlen werden für jede Krebsart gesondert festgelegt, und zwar so, dass dadurch die Qualität möglichst vieler Aspekte der Versorgung des Patienten abgebildet werden kann (**Abb. 2**).

### Versorgungskette Prostatakrebs und Kennzahlen



**Abb. 2a:** Ausgewählte Kennzahlen beim Prostatakarzinom

Bis auf wenige Ausnahmen sind Kennzahlen Brüche. Der Nenner (also das, was unter dem Bruchstrich steht) gibt an, auf welche Patienten bzw. Grundgesamtheit sich die Kennzahl bezieht, also beispielsweise alle Primärfälle. Der Zähler (also das, was über dem Bruchstrich steht) gibt an, bei wie vielen dieser Patienten eine bestimmte Maßnahme durchgeführt wurde oder ein bestimmtes Ereignis auftrat.

Wie die konkrete Berechnung einer Kennzahl erfolgt, zeigt dieses Beispiel: Die Besprechung der Befunde der Operation in Verbindung mit weiteren Informationen z.B. über zusätzlich bestehende Erkrankungen erfolgt in einer Tumorkonferenz. An dieser nehmen alle Fachleute teil, um die weiteren Behandlungsschritte im Sinne des Patienten bestmöglich und mit Hilfe des Wissens aller Beteiligten in einem Therapieplan festzulegen. Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird nachfolgend mit dem Patienten besprochen, der dann darüber entscheiden muss, ob er der Empfehlung der Tumorkonferenz folgen möchte. Möglichst alle Patienten mit einem operierten bzw. fortgeschrittenen Tumor sollen in einer interdisziplinären Konferenz besprochen werden. Aus diesem Grund wurde die Sollvorgabe für die Rate an Besprechungen in Kennzahl 3a auf einen Wert von 100% festgelegt. Die Grundgesamtheit, also der Nenner, sind alle Patienten mit fortgeschrittenem oder nicht vollständig operiertem Prostatakarzinom (>pT3a, R1, pN0) im Berichtsjahr, im Zähler wird die Anzahl der Vorstellung dieser Patienten in der Tumorkonferenz erfasst.

### Warum ist dieser Bericht für Ärzte, Patienten und Angehörige wichtig?

Der Jahresbericht der Prostatakrebszentren wendet sich an alle, die mehr über die Qualität und die Qualitätsentwicklung an DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren wissen wollen. Er bietet einen umfassenden Überblick über die Kennzahlen, die zur Qualitätserfassung herangezogen werden. Er beschreibt, wie sie berechnet werden, welche Bedeutung sie haben, ob die Qualitätsvorgaben erfüllt wurden, und welche Gründe eine Rolle gespielt haben, wenn die Vorgaben nicht erreicht wurden. Kennzahlen, die sich von medizinischen Leitlinien ableiten, sind besonders gekennzeichnet. Beim Verfassen der Texte wurde auf Verständlichkeit geachtet. Patienten erhalten so eine gute Grundlage für ihre Entscheidung, an welcher Einrichtung sie sich behandeln lassen wollen. Für Ärzte liefert der Bericht Anhaltspunkte für mögliche Verbesserungen von Behandlungsabläufen und Versorgungsprozessen der eigenen Einrichtung.

### Wie liest man diesen Bericht?

Der Jahresbericht fasst die Qualitätsdaten der Prostatakrebszentren zusammen, die im Jahr 2016 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert waren. Die Diagramme des Berichts basieren auf der Auswertung der Kennzahlenbögen, die von allen Prostatakrebszentren im Zertifizierungssystem bearbeitet werden müssen und die das Behandlungsjahr 2015 abbilden. Diese Kennzahlenbögen finden Sie auf der Webseite der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Kennzahlen sind gemeinsam mit den Gutachten der Auditoren Grundlage für die Zertifizierung.

Im Auditjahr 2016 waren 103 Prostatakrebszentren an insgesamt 104 Standorten zertifiziert (**Tab. 1**). 95 Standorte sind im Jahresbericht berücksichtigt. Ausgenommen wurden acht Standorte, die im Jahr 2016 zum ersten Mal zertifiziert wurden – die Datenabbildung eines kompletten Kalenderjahrs ist für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend – sowie ein Standort, bei dem der Nachweis der Daten aus klinikinternen Gründen nicht termingerecht abgeschlossen werden konnte. Im Abschnitt ab S. 16 werden alle Kennzahlen vorgestellt, die 2016 im Rahmen der Zertifizierung erhoben wurden. Der Text geht auf die Bedeutung der Kennzahl, die Datengrundlage für ihre Berechnung, die Sollvorgaben und das Ergebnis der Auswertung ein.

Zusätzlich finden Sie für jede Kennzahl eine Tabelle mit der Kennzahldefinition und der dazugehörigen Auswertung. Als Ergebnis wird der Median angegeben; so bezeichnen Statistiker denjenigen Wert, der in einer der Größe nach geordneten Liste von Daten genau in der Mitte liegt. Im Beispiel aus **Tab. 2** wurde also der Anteil an Vorstellungen der Patienten in der Tumorkonferenz nach Operation in allen Prostatakrebszentren erfasst und der Wert genau in der Mitte ermittelt. Das bedeutet im Beispiel für den Zähler (Median=25), dass die eine Hälfte der Zentren Werte  $\leq 25$ , die andere Hälfte der Zentren Werte  $\geq 25$  aufweisen. Im Gegensatz zum arithmetischen Mittel, einem ebenfalls häufig verwendeten Maß, fallen bei der Betrachtung des Medians Ausreißer (also besonders große oder besonders kleine Werte) weniger ins Gewicht. In der Tabelle wird außerdem der Range angegeben, er stellt den größten und kleinsten Messwert dar. Der Median in der unteren Zeile („Quote“) liegt bei 100% bei einem Minimalwert von 64% und einem Maximalwert von 100%. Den Median der Quote finden Sie in der Abbildung darunter wieder.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	25*	6–647
Nenner	Primärfälle >pT3a und/oder R1 und/oder pN+	26*	6–696
Quote	Sollvorgabe =100%	100%	64,21%–100%



**Tab. 2:** Definition der Kennzahl 3a – Vorstellung in der posttherapeutischen Tumorkonferenz

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kennzahl und den Median aller Nenner der Kennzahl wieder.

Wie gut die Anforderungen in dem betrachteten Behandlungsjahr umgesetzt werden, stellt der Bericht in Diagrammen dar, bei denen der Wert jedes Zentrums durch einen senkrechten Balken dargestellt wird. Sollvorgabe und Median sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Im vorliegenden Beispiel war die Sollvorgabe für den Anteil der Vorstellungen in der Tumorkonferenz 100%. Im Berichtsjahr betrug der Median, den Sie bereits aus **Tab. 2** kennen, ebenfalls 100%. Die im dunklen Orange gehaltenen Standorte haben die Sollvorgabe erfüllt, die helleren nicht.

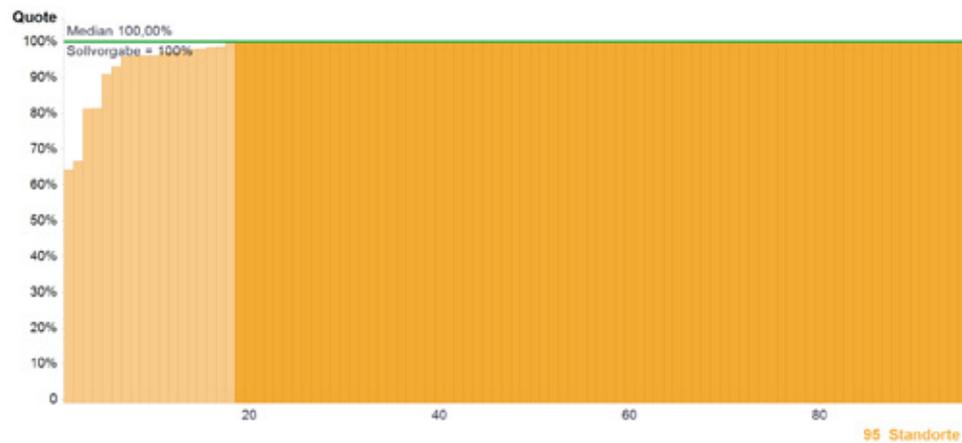


Abb. 2b: Umsetzung von Qualitätsanforderungen

## Warum finden Sie hier keinen Vergleich der Ergebnisse einzelner Zentren?

In den Diagrammen werden die Zentren nicht benannt. Dies hat verschiedene Gründe. Der wichtigste: Es gibt Einrichtungen, bei denen sich Patienten mit besonderen Risikoprofilen häufen. Manche Zentren haben also „schwerer“ zu behandelnde Patienten als andere, beispielsweise aufgrund bestehender Vorerkrankungen der Betroffenen oder eines weiter fortgeschrittenen Tumors. Wenn möglich, wird diesem Umstand Rechnung getragen und die Ergebnisse nach Risikoklassifikationen berichtet. Eine umfangreichere, statistische Berücksichtigung der unterschiedlichen Risiken der Patienten würde eine umfangreichere Datenerhebung erfordern. Die Deutsche Krebsgesellschaft setzt sich generell für eine hohe Versorgungsqualität ein, die möglichst vielen Patienten zugutekommt und niemanden benachteiligt. Alle DKG-zertifizierten Zentren sind von externen Gutachtern geprüft und legen umfassende Daten vor. Wenn Sie mehr über die Kennzahlenergebnisse eines einzelnen Zentrums erfahren möchten, nehmen Sie diesen Bericht und lassen Sie sich dessen Ergebnisse vor Ort im Zentrum erklären.

## Warum erhalten Zentren eine Zertifizierung, obwohl einzelne Sollvorgaben nicht erfüllt werden?

Zentren, die Sollvorgaben nicht erfüllen, müssen dies für jede einzelne Kennzahl begründen und gegebenenfalls umgehend Maßnahmen umsetzen, damit die Sollvorgabe in Zukunft erreicht wird. Der Auditor prüft dann, ob die Begründung sachgerecht ist. Begründungen sind beispielsweise der Patientenwunsch (etwa eine bestimmte Prozedur nicht durchzuführen) oder eine ungünstige Risikokonstellation beim Patienten, die den Einsatz bestimmter Medikamente oder Maßnahmen nicht erlaubt. Das Nicht-Erreichen einer Sollvorgabe ist also nicht automatisch mit schlechter Qualität gleichzusetzen. Entscheidend sind die Begründungen, die das Zentrum während des Audits mit den Auditoren diskutiert.

## Warum sind manche Kennzahlen freiwillig anzugeben?

Wenn Kennzahlen neu in den Kennzahlenbogen aufgenommen werden, sind sie im ersten Jahr nur freiwillig durch die Zentren anzugeben. Dieses Vorgehen ist notwendig, weil mit den Kennzahlen ja immer das Behandlungsjahr vor dem Auditjahr dargestellt wird und die Zentren nicht rückwirkend eine neue Behandlungsmaßnahme durchführen können.

## Wie findet man ein zertifiziertes Zentrum?

Die interdisziplinären Netzwerke der zertifizierten Zentren, bestehend aus klinikinternen und ambulanten Behandlungspartnern, sind auf der Webseite [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abgebildet. Hier können alle zertifizierten Zentren nach verschiedenen Kriterien gesucht und alle Details, die das Behandlungsnetzwerk betreffen, abgerufen werden. Die Seite wird ständig aktualisiert. Zentren mit einer DKG-Zertifizierung sind seit 2016 auch auf dem unabhängigen Patientenportal [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) und im Klinikführer der BARMER ([www.krankenhausnavi.barm.de](http://www.krankenhausnavi.barm.de)) sowie der Techniker Krankenkasse (<https://www.tk.de/tk/klinikfuehrer>) ausgewiesen.

# Ergebnisse aller Kennzahlen mit Erläuterungen

## Kennzahl 1a: Anzahl der Primärfälle

Studien zeigen für viele medizinische Fachgebiete einen Zusammenhang zwischen der Zahl der behandelten Patienten und dem Behandlungsergebnis. Der Effekt scheint bei schwereren Erkrankungen bzw. bei großen risikoreichen Eingriffen besonders ausgeprägt zu sein. Mindestmengen werden deshalb sowohl von Patientenvertretern als auch von den Experten als notwendiges Mittel zur Qualitätssicherung angesehen (1, 2). Eindeutige Schwellenwerte für zu erwartende gute Qualität sind allerdings nur schwer aus Studien abzuleiten. Die hier festgelegte Untergrenze von 100 oder mehr Primärfällen pro Zentrum und Jahr geht auf einen Konsens in der Zertifizierungskommission zurück. Sie gewährleistet, dass alle Behandlungspartner und Fachdisziplinen in dem Zentrum eine fundierte Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Prostatakrebs nachweisen können.

Die Auswertung der Kennzahl war bei 95 Standorten möglich. Erfasst wurden dabei alle Aufenthalte und Operationen von Patienten mit der Erstdiagnose Prostatakrebs an einem Standort (Primärfälle). Ein Rückfall wird als neuer Fall gewertet.

**Ergebnis:** 94 von 95 Standorten hatten im Berichtsjahr die Sollvorgabe erreicht oder überschritten. 50% der Standorte behandelten mindestens 159 Primärfälle mit einem Prostatakarzinom und damit mehr als im Vorjahr. Die Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe nicht erreichten, haben ihre Primärfallzahl deutlich gesteigert. Die neun Zentren mit den niedrigsten Zahlen im Vorjahr haben ihre Fallzahlen im Mittel um 16,5 Fälle gesteigert.

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Primärfälle	159	94–2.416
Sollvorgabe $\geq 100$			



Tab. 3: Kennzahl 1a  
Anzahl der Primärfälle

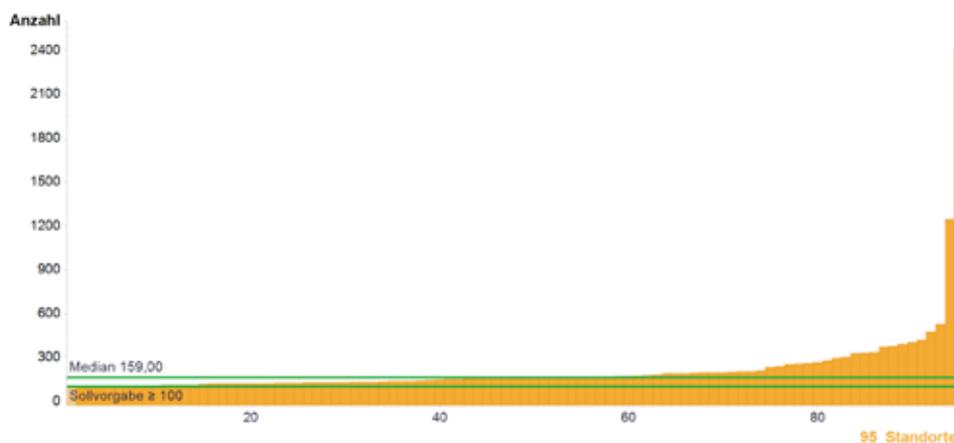


Abb. 3: Auswertung für Kennzahl 1a  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median betrug 159 Fälle pro Standort. Die Sollvorgabe lag bei wenigstens 100 Fällen pro Standort.

## Kennzahl 1b1: Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko

Als lokal begrenzt werden Prostatakarzinome bezeichnet, wenn sie auf die Prostata beschränkt und nicht in das umgebende Gewebe eingewachsen sind. Sie lassen sich in verschiedene Risikogruppen einteilen. Die Risikogruppen niedrig, mittel oder hoch beschreiben, wie aggressiv ein Tumor wahrscheinlich ist, also mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Tumor fortschreiten oder streuen wird. Diese Risikogruppen werden anhand des Tumorstadiums, des PSA-Wertes und des sogenannten Gleason-Scores (Maß für die histologische Beurteilung des Prostatagewebes) festgelegt. Je nach Risikogruppe des Tumors können unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten durch die Experten empfohlen werden.

Von einem lokal begrenzten Prostatakarzinom mit einem niedrigen Risiko spricht man, wenn der Tumor in die Kategorie cT1-2a fällt, einen Gleason-Score bis 6 hat und der PSA-Wert bei weniger als 10 ng/ml liegt.

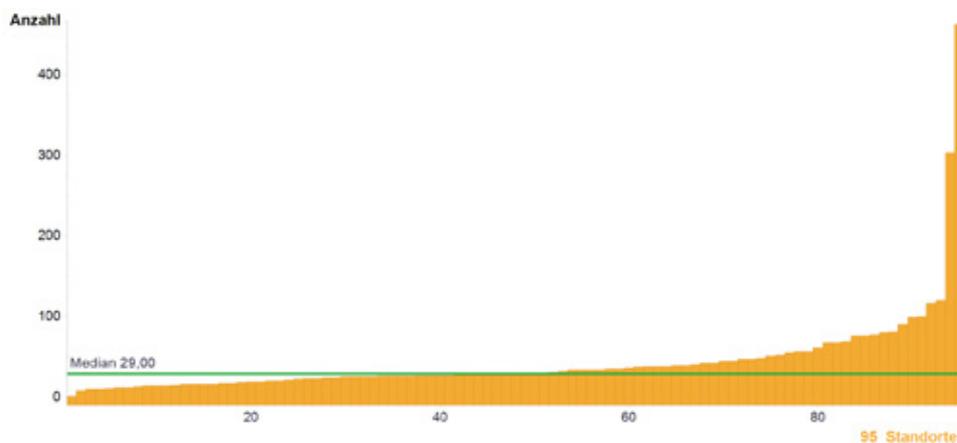
Die Anteile der verschiedenen am Standort behandelten Risikoklassen werden im Rahmen der Zertifizierung jährlich erfasst. Die Entwicklung der Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom in Verbindung mit den dazugehörigen Therapien ist im Anhang dargestellt.

**Ergebnis:** Die Auswertung beruht auf den Daten von 95 Standorten. Eine Sollvorgabe bestand für diese Kennzahl nicht. 50% der Standorte behandelten mindestens 29 Primärfälle mit einem lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko. Im Vergleich zu den Vorjahren nimmt der Anteil der Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko an der Gesamtzahl der Primärfälle ab.

**Tab. 4: Kennzahl 1b1**  
Aufteilung Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko.

Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
	Median	Range
Anzahl Primärfälle mit lokal begrenztem PCa und niedrigem Risiko (PSA $\leq$ 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie $\leq$ 2a)	29	1–462
Keine Sollvorgabe		

**Abb. 4: Auswertung für Kennzahl 1b1**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Er lag bei 29 Primärfällen mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko pro Standort. Es bestand keine Sollvorgabe für diese Kennzahl.



## Kennzahl 1b2: Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und mittlerem Risiko

Als lokal begrenzt werden Prostatakarzinome bezeichnet, wenn sie auf die Prostata beschränkt und nicht in das umgebende Gewebe eingewachsen sind. Sie lassen sich in verschiedene Risikogruppen einteilen. Die Risikogruppen niedrig, mittel oder hoch beschreiben, wie aggressiv ein Tumor wahrscheinlich ist, also mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Tumor fortschreiten oder streuen wird. Diese Risikogruppen werden anhand des Tumorstadiums, des PSA-Wertes und des sogenannten Gleason-Scores (Maß für die histologische Beurteilung des Prostatagewebes) festgelegt.

Je nach Risikogruppe des Tumors können unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten durch die Experten empfohlen werden.

Von einem lokal begrenzten Prostatakarzinom mit einem mittleren Risiko spricht man, wenn der Tumor in die Kategorie cT2b fällt, oder einen Gleason-Score von 7 hat oder der PSA-Wert bei 10–20 ng/ml liegt.

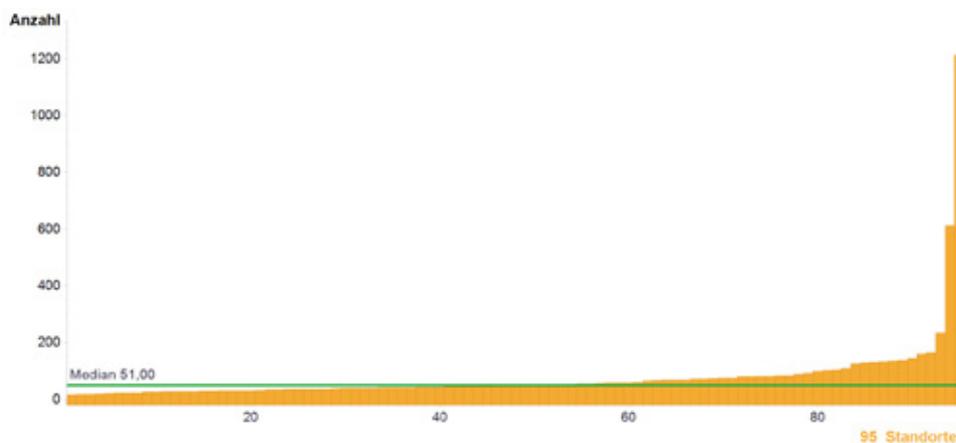
Die Anteile der verschiedenen am Standort behandelten Risikoklassen werden im Rahmen der Zertifizierung jährlich erfasst. Die Entwicklung der Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom in Verbindung mit den dazugehörigen Therapien ist im Anhang dargestellt.

**Ergebnis:** Die Auswertung beruht auf den Daten von 95 Standorten. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl nicht festgelegt worden. 50 % der Standorte behandelten mindestens 51 Primärfälle mit einem lokal begrenztem Prostatakarzinom und mittlerem Risiko.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Primärfälle mit lokal begrenztem PCa und mittlerem Risiko (PSA >10–20 ng/ml o. Gleason-Score 7 o. cT 2b)	51	16–1.212
Keine Sollvorgabe			



**Tab. 5: Kennzahl 1b2**  
Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und mittlerem Risiko.



**Abb. 5: Auswertung für Kennzahl 1b2**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Er lag bei 51 Primärfällen mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und mittlerem Risiko pro Standort. Es bestand keine Sollvorgabe für diese Kennzahl.

## Kennzahl 1b3: Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und hohem Risiko

Als lokal begrenzt werden Prostatakarzinome bezeichnet, wenn sie auf die Prostata beschränkt und nicht in das umgebende Gewebe eingewachsen sind. Sie lassen sich in verschiedene Risikogruppen einteilen. Die Risikogruppen niedrig, mittel oder hoch beschreiben, wie aggressiv ein Tumor wahrscheinlich ist, also mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Tumor fortschreiten oder streuen wird. Diese Risikogruppen werden anhand des Tumorstadiums, des PSA-Wertes und des sogenannten Gleason-Scores (Maß für die histologische Beurteilung des Prostatagewebes) festgelegt.

Je nach Risikogruppe des Tumors können unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten durch die Experten empfohlen werden.

Von einem lokal begrenzten Prostatakarzinom mit einem hohen Risiko spricht man, wenn der Tumor in die Kategorie cT2c-4 fällt oder einen Gleason-Score von 8–10 aufweist oder wenn der PSA-Wert bei mehr als 20 ng/ml liegt.

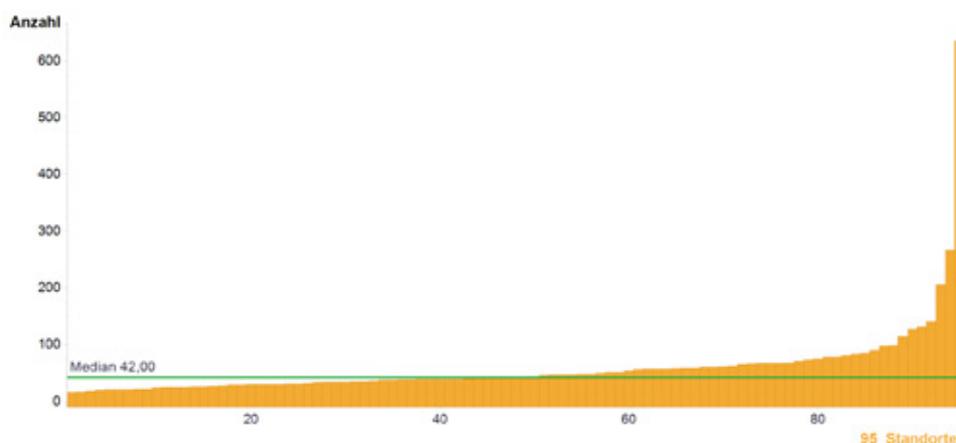
Die Anteile der verschiedenen am Standort behandelten Risikoklassen werden im Rahmen der Zertifizierung jährlich erfasst. Die Entwicklung der Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom in Verbindung mit den dazugehörigen Therapien ist im Anhang dargestellt.

**Ergebnis:** Die Auswertung beruhte auf den Daten von 95 Standorten. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl nicht festgelegt worden. 50% der Standorte behandelten mindestens 42 Primärfälle mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom und hohem Risiko.

**Tab. 6: Kennzahl 1b3**  
Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und hohem Risiko.

Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
	Median	Range
Anzahl Primärfälle mit lokal begrenztem PCa und hohem Risiko (PSA >20 ng/ml o. Gleason-Score ≥8 o. cT 2c)	42	16–635
Keine Sollvorgabe		

**Abb. 6: Auswertung für Kennzahl 1b3**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Er lag bei 42 Primärfällen pro Standort mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und hohem Risiko. Es bestand keine Sollvorgabe für diese Kennzahl.



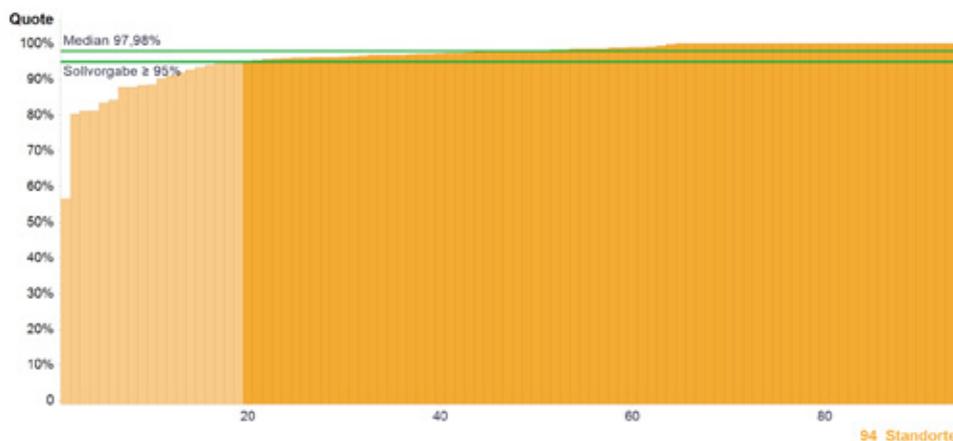
## Kennzahl 2a: Vorstellung in der wöchentlichen prätherapeutischen Konferenz – Urologie

In der wöchentlichen prätherapeutischen Tumorkonferenz werden Primärfälle besprochen, die die Diagnose Prostatakrebs erhalten haben und bei denen die Entscheidung zur Therapie ansteht. Ziel ist es, nach Vorliegen aller erforderlichen diagnostischen Befunde eine Empfehlung für mögliche therapeutische Optionen zu erarbeiten. Mit der Kennzahl 2a wird erfasst, wie viele der Prostatakrebsfälle, die in der Urologie vorstellig wurden, auch wirklich in der prätherapeutischen Konferenz diskutiert wurden. Als Sollvorgabe für diese Kennzahl wurde ein Prozentsatz von mindestens 95 % festgelegt.

**Ergebnis:** Die Auswertung beruhte auf den Daten von 94 Standorten. 50% der Standorte stellten im Berichtsjahr mindestens 97,98% der Primärfälle in einer primärtherapeutischen Tumorkonferenz vor. Die Sollvorgabe von 95% erfüllten 79,7% der Zentren. Zentren, die die Sollvorgabe nicht erfüllen, begründen dies mit Zufallsbefunden während einer Operation, so dass eine Vorstellung vor der Operation nicht möglich gewesen wäre. Außerdem geben Zentren an, dass die prätherapeutische Konferenz erst mit den Zertifizierungsvorbereitungen eingeführt wurde und damit die vollständige Vorstellung in dem Jahr noch nicht erreicht werden konnte.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	119,5*	41–2.209
Nenner	Patienten, die bei den Leistungserbringern I (Urologie/Strahlentherapie) vorstellig (z. B. über Einweisung) und als Primärfall diagnostiziert wurden	120,5*	41–2.209
Quote	Keine Sollvorgabe	97,98%	56,63%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



**Tab. 7: Kennzahl 2a**  
Vorstellung in der prätherapeutischen Konferenz (Zugang über Urologie). Im Nenner steht die Zahl aller Patienten, die als Primärfall mit der Diagnose Prostatakarzinom in der Urologie vorstellig wurden (Grundgesamtheit). Den Zähler bildet die Zahl der Patienten aus dieser Grundgesamtheit, die von der Urologie in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden.



**Abb. 7: Auswertung für Kennzahl 2a**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl (Wert in der Mitte der Datenverteilung) betrug im Berichtsjahr 97,9%. Die Sollvorgabe von mindestens 95% erfüllten 79,7% der Zentren.

## Kennzahl 2b: Vorstellung in der wöchentlichen prätherapeutischen Konferenz (Zugang über Strahlentherapie)

In der wöchentlichen prätherapeutischen Tumorkonferenz werden Primärfälle besprochen, die die Diagnose Prostatakrebs erhalten haben und bei denen die Entscheidung zur Therapie ansteht. Ziel ist es, nach Vorliegen aller erforderlichen diagnostischen Befunde eine Empfehlung für mögliche therapeutische Optionen zu erarbeiten. Mit der Kennzahl 2b wird erfasst, wie viele der Prostatakrebsfälle, die in der Strahlentherapie vorstellig wurden, auch wirklich in der prätherapeutischen Konferenz besprochen wurden. Als Sollvorgabe für diese Kennzahl wurde ein Prozentsatz von mindestens 95 % festgelegt. Die Kennzahl ist gemeinsam mit der Kennzahl 2a zu betrachten.

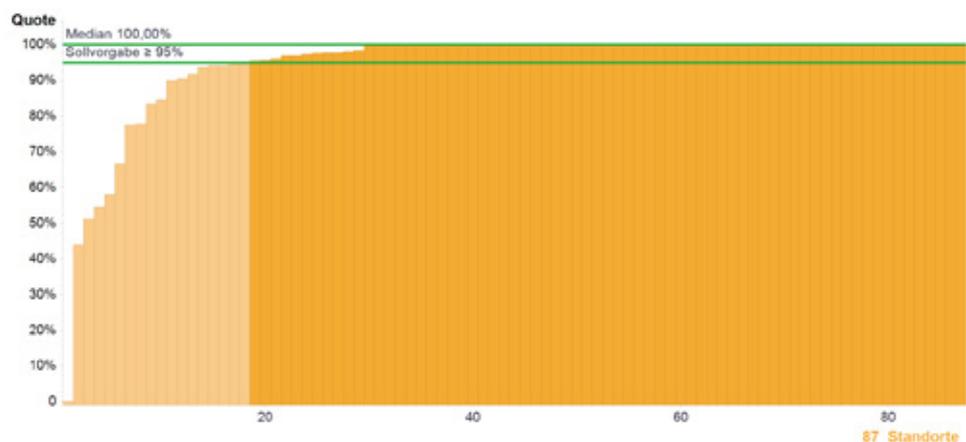
**Ergebnis:** Die Auswertung beruhte auf den Daten von 87 Standorten. 50 % der Zentren stellten alle ihre Prostatakrebspatienten in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vor. Die Sollvorgabe erfüllten 79,31% der Zentren. Die Kennzahl ist gemeinsam mit der Kennzahl 2a zu betrachten. Die Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichen, führen an, dass die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern verbessert werden muss. Im Vergleich zu der Auswertung im Vorjahr konnten die damals schlechtesten Zentren ihre Ergebnisse verbessern. Das Zentrum mit dem niedrigsten Wert (0%) hatte auch nur einen Patienten, der vorgestellt werden konnte.

**Tab. 8: Kennzahl 2b**  
Vorstellung in der wöchentlichen prätherapeutischen Konferenz (Zugang über die Strahlentherapie). Im Nenner steht die Zahl aller Patienten, die als Primärfall mit der Diagnose Prostatakarzinom in der Strahlentherapie vorstellig wurden. Der Anteil der Patienten, die tatsächlich in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden, ist im Zähler erfasst.

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	29*	0–131
Nenner	Patienten, die bei den Leistungserbringern I (Urologie/Strahlentherapie) vorstellig (z. B. über Einweisung) und als Primärfall diagnostiziert sind	31*	1–131
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	0%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

**Abb. 8: Auswertung für Kennzahl 2b**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100%. Die Sollvorgabe von mindestens 95% erfüllten 79,31% der Zentren.



## Kennzahl 3a: Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz – Primärfälle

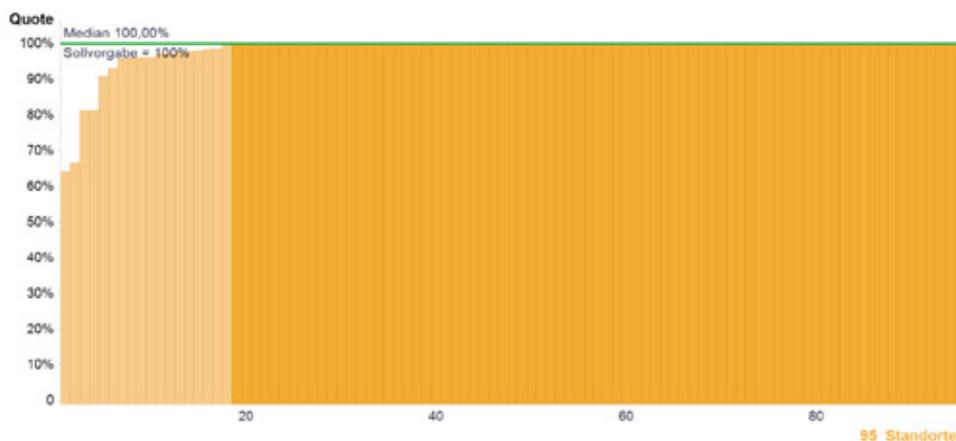
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen (Tumorboards) sind Konferenzen mit Experten der verschiedenen an der Diagnostik und Therapie der jeweiligen Krebserkrankung beteiligten Fachdisziplinen (z.B. Pathologen, Radiologen, Neuroradiologen, Nuklearmediziner, Operateure, Strahlentherapeuten, Onkologen und/oder Experten einer Fachklinik, z.B. der Urologie). In diesen Konferenzen werden die Erkrankungs- und Verlaufsdaten der betroffenen Patienten vorgestellt und die bestmögliche Tumordiagnostik und -therapie für jeden einzelnen Patienten diskutiert.

In der monatlich stattfindenden posttherapeutischen Tumorkonferenz werden gemeinsam die Fälle besprochen, bei denen sich der Tumor in einem fortgeschrittenen Stadium befindet (>pT3a) und/oder sich ein besonderer Krankheitsverlauf (z.B. R1-Resektion oder Lymphknotenbefall) abzeichnet. Die Sollvorgabe von 100% legt fest, dass alle Fälle, auf die dieses Kriterium zutrifft, in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden.

**Ergebnis:** Die Auswertung beruhte auf den Daten von 95 Standorten. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100%. 81,05% der Zentren erreichten die Sollvorgabe und nur vier Zentren haben weniger als 90% ihrer Patienten in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt. Die Kennzahl wird also sehr gut umgesetzt.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	25*	6–647
Nenner	Primärfälle >pT3a und/oder R1 und/oder pN+	26*	6–696
Quote	Sollvorgabe =100%	100%	64,21%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



**Tab. 9: Kennzahl 3a**  
Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle im fortgeschrittenen Stadium (Tumorstadium pT3a und höher und/oder Tumorreste im Schnittrand und/oder Lymphknotenbefall). Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl der im Nenner genannten Patienten, die in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden.



**Abb. 9: Auswertung für Kennzahl 3a**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100%. Die Sollvorgabe von 100% erfüllten 81,05% der Zentren.

### Kennzahl 3b: Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz Rezidive/Metastasen

Interdisziplinäre Tumorkonferenzen (Tumorboards) sind Konferenzen mit Experten der verschiedenen an der Diagnostik und Therapie der jeweiligen Krebserkrankung beteiligten Fachdisziplinen (z. B. Pathologen, Radiologen, Neuroradiologen, Nuklearmediziner, Operateure, Strahlentherapeuten, Onkologen und/oder Experten einer Fachklinik, z.B. der Urologie). In diesen Konferenzen werden die Erkrankungs- und Verlaufsdaten der betroffenen Patienten vorgestellt und die bestmögliche Tumordiagnostik und -therapie für jeden einzelnen Patienten diskutiert.

In der monatlich stattfindenden posttherapeutischen Tumorkonferenz Rezidive/Metastasen werden Rückfälle und Fälle mit metastasierendem Tumor gemeinsam besprochen. Die Sollvorgabe von 100 % legt fest, dass alle Fälle, auf die dieses Kriterium zutrifft, in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden.

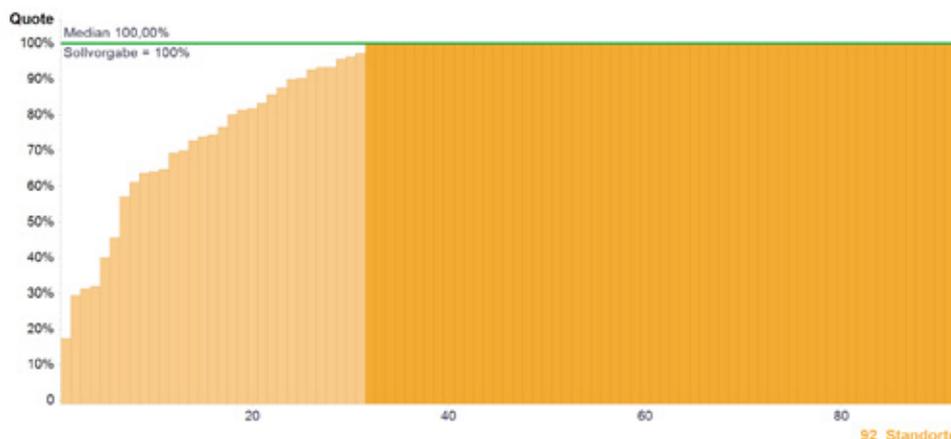
**Ergebnis:** Die Auswertung beruhte auf den Daten von 92 Standorten. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100 % und 66,30 % der Zentren erreichten die Sollvorgabe. Das Zentrum mit der niedrigsten Rate weist auch für die anderen Tumorkonferenzvorstellungen geringe Vorstellungsquoten auf. Als Begründung werden Abstimmungsschwierigkeiten mit den Netzwerkpartnern angegeben, die schrittweise durch entsprechende Maßnahmen (EDV-Lösung, Verbesserung der Kommunikation mit Zuweisern und weiteren Abteilungen) behoben werden sollen. Die Fachexperten haben die Punkte mit dem Zentrum kritisch diskutiert und die Ergebnisse werden ein Schwerpunkt für das nächste Audit sein.

**Tab. 10: Kennzahl 3b**  
Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz zu Rezidiven/Metastasen. Im Nenner steht die Summe aller Prostatakrebspatienten, die wegen eines Rückfalls oder wegen Metastasen am Standort behandelt werden. Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl der Patienten mit Rückfällen oder Metastasen, die in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	19*	1–462
Nenner	Patienten mit Erstmanifestation eines Rezidivs und/oder Fernmetastasierung	22*	1–555
Quote	Sollvorgabe =100%	100 %	17,39%–100 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

**Abb. 10: Auswertung für Kennzahl 3b**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100 %. Die Sollvorgabe von 100 % erfüllten 66,30 % der Zentren.



## Kennzahl 4: Active Surveillance (AS)

Ein lokal begrenztes Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil wächst unter Umständen gar nicht oder nur langsam und verursacht für seinen Träger deshalb möglicherweise nie Beschwerden. In solchen Fällen besteht zum Zeitpunkt der Diagnose kein zwingender Grund, sich einer Behandlung zu unterziehen, zumal die Lebensqualität dadurch beeinträchtigt werden kann. Als Alternative kann eine Aktive Überwachung (abgekürzt: AS vom englischen Active Surveillance) durchgeführt werden. Dabei wird der einmal entdeckte Tumor regelmäßig überwacht, um bei Anzeichen einer Veränderung sofort reagieren und eine Therapie einleiten zu können. Die Aktive Überwachung eignet sich für ein lokal begrenztes Prostatakarzinom unter bestimmten Voraussetzungen:

- Der PSA-Wert, ein Maß für die Aktivität des Prostatagewebes, sollte bei 10 ng/ml oder niedriger liegen;
- Der Gleason-Score, der zur feingeweblichen Beurteilung des Tumors herangezogen wird, sollte bei max. 6 liegen;
- Der Tumor sollte in die cT-Kategorie 2a oder geringer fallen. Die cT-Kategorie ist ein Maß für die lokale Tumorausbreitung.
- Es findet sich Tumormaterial in 2 oder mehr Stenzen bei leitliniengerechter Entnahme von 10–12 Stenzen
- Das Gewebe pro Stanze enthält 50 % Tumorgewebe oder mehr.

Für Patienten mit diesen Tumoren, die zunächst auf einen Eingriff verzichten möchten, ist es wichtig, dass ihnen die Aktive Überwachung als Alternative zur operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) oder der Bestrahlung angeboten wird und dass die Zentren über Erfahrung in der Umsetzung dieser Strategie verfügen. Die Kennzahl ist ein Maß dafür, wie häufig die Aktive Überwachung im Berichtsjahr durchgeführt wurde. Und sie ist ein Anhalt dafür, wie gut die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzten ist, da die AS vor allem im niedergelassenen Bereich eingeleitet wird. Das bedeutet, dass sich eine gute Zusammenarbeit unter Umständen auch in höheren AS-Quoten widerspiegelt. Eine Sollvorgabe wurde für diese Kennzahl nicht festgelegt.

**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich, dass die Anzahl der AS-Strategien zunimmt (772 vs. 697). Zwei Zentren hatten keinen Patienten unter Active Surveillance und gaben an, dass diese in der Regel vollständig durch den niedergelassenen Urologen betreut und nicht im Zentrum vorgestellt werden. In den Audits haben die Fachexperten nochmals auf die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Partnern hingewiesen.



**Tab. 11: Kennzahl 4**  
Active Surveillance. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle mit einem lokal begrenzten Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom. Der Zähler ist definiert als Anzahl der aktiv überwachten Patienten aus der Grundgesamtheit im Nenner.

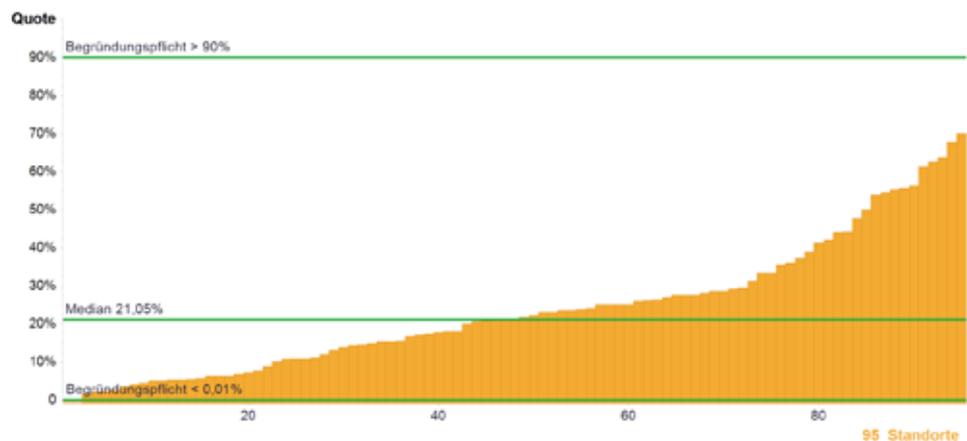
Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle unter AS	6*	0–50
Nenner	Primärfälle mit lokal begrenztem PCa und niedrigem Risiko (PSA $\leq$ 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie $\leq$ 2a)	29*	1–462
Quote	Begründungspflicht** <0,01 % und >90 %	21,05 %	0%–70 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



**Abb. 11: Auswertung für Kennzahl 4**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 21,05 %. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht vorgesehen.



## Kennzahl 5: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko

Bei einem lokal begrenzten Prostatakarzinom ohne Lymphknotenbefall oder Metastasen (Stadium T1-2 N0 M0 nach der TNM-Klassifikation) geht man von einem hohen Risiko für das Fortschreiten der Erkrankung aus, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Der PSA-Wert, ein Maß für die Aktivität des Prostatagewebes, ist größer als 20 ng/ml;
- Der Gleason-Score, der zur feingeweblichen Beurteilung des Tumors herangezogen wird, beträgt 8–10;
- Der Tumor fällt in die cT-Kategorie 2c.  
Die cT-Kategorie ist ein Maß für die lokale Tumorausbreitung.

Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils sollen vor oder im Anschluss an die Bestrahlung eine Hormonentzugstherapie (hormonablativ Therapie) erhalten. Denn das Prostatakarzinom braucht für das eigene Wachstum das männliche Hormon Testosteron und durch die Hormonentzugstherapie wird die Bildung dieses Hormons blockiert. Studien haben ergeben, dass sich dadurch eine Verbesserung des Überlebens erreichen lässt. Die Kennzahl ist aus der Leitlinie abgeleitet (3). Die Auswertung zeigt, wie gut diese Leitlinienempfehlung an den Zentren im Berichtsjahr umgesetzt wurde. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht vorgesehen.

**Ergebnis:** Auswertbar waren die Daten von 92 Zentren. 50% der Standorte haben mindestens 75% ihrer Patienten mit einem lokal begrenzten Hochrisiko-Prostatakarzinom vor oder im Anschluss an die Bestrahlung mit einer Hormonentzugstherapie behandelt und damit mehr als im Vorjahr. Die Kennzahl ist erst seit 2016 begründungspflichtig, wenn die Plausibilitätsgrenzen (weniger als 10% und gleich 100%) nicht erreicht werden. Ab dem Jahr 2018 ist das durch eine Sollvorgabe <90% ersetzt. Ein Zentrum hat keinen Patienten kombiniert therapiert, dieses Zentrum hat jedoch auch nur zwei Patienten mit einem Hochrisiko-Prostatakarzinom und Bestrahlung behandelt. Die Begründungen der Zentren, warum sie die Vorgabe nicht erreicht haben, wurden durch die Auditoren im Detail überprüft und sämtlich als plausibel eingestuft.



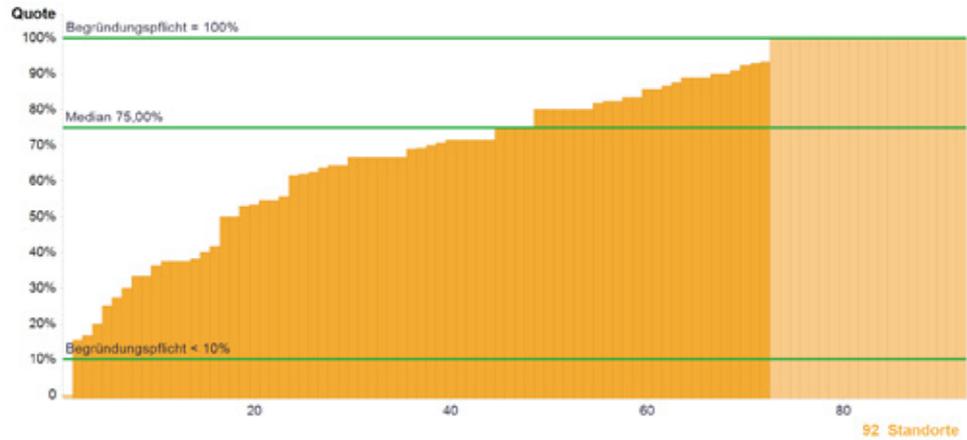
**Tab. 12: Kennzahl 5**  
Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko. Die Grundgesamtheit der Kennzahl (Nenner) ist die Anzahl aller Hochrisiko-Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und Bestrahlung von außen. Im Zähler wird der Anteil der Patienten erfasst, die zusätzlich eine Hormon-entzugstherapie erhielten.

Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
	Median	Range
Zähler	7*	0–26
Nenner	10*	1–29
Quote	75 %	0%–100 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



**Abb. 12: Auswertung für Kennzahl 5**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 75 %. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht vorgesehen.



## Kennzahl 6: Psychoonkologische Betreuung

Studien zeigen, dass Prostatakrebspatienten Bedarf an psychoonkologischer Beratung haben (4), und dass sich dadurch möglicherweise die psychischen Belastungen von Krebspatienten reduzieren lassen (5). Die Kennzahl zeigt, wie hoch der Anteil der Patienten an den Zentren ist, die im Berichtsjahr mindestens 25 Minuten psychoonkologisch im Zentrum betreut wurden. Vor der Durchführung eines Betreuungsgesprächs soll der Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung mittels Kurzfragebogen erfasst werden. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht festgelegt.

**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. 50% der Standorte haben im Berichtsjahr mindestens 19,25% der Patienten psychoonkologisch betreut. Die Zentren, in denen nur wenige Patienten die psychoonkologische Beratung in Anspruch nahmen, gaben als Begründung an, dass der Bedarf, der mit den Kurzfragebögen ermittelt wird, auch gering war. Weitere Gründe sind die Ablehnung der Beratung durch die Patienten und Gespräche von weniger als 25 Min. Dauer.

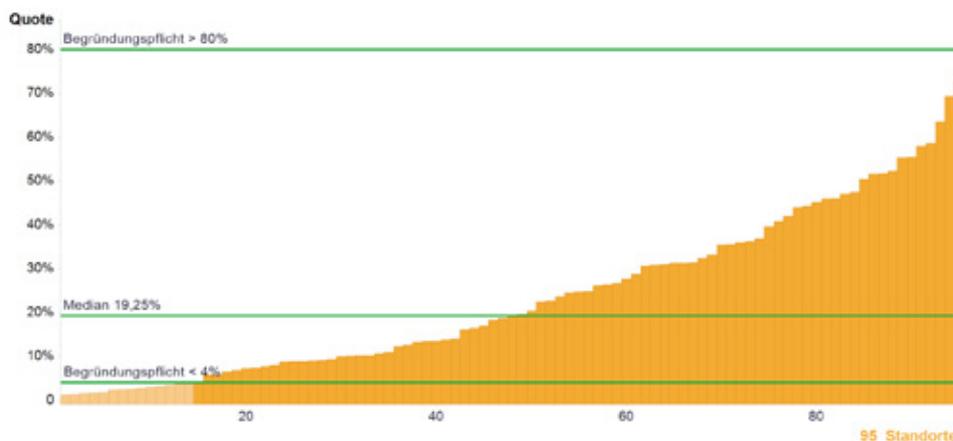
Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
	Median	Range
Zähler Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer $\geq 25$ Min.)	36*	2–572
Nenner Primärfälle (= Kennzahl 1a) und Patienten mit Erstmanifestation eines Rezidivs und / oder Fernmetastasierung (= Kennzahl 3b)	186*	112–2.971
Quote Begründungspflicht** <4% und >80%	19,25%	1,08%–72,50%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



**Tab. 13: Kennzahl 6**  
Psychoonkologische Betreuung. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle und Patienten mit Rückfall bzw. Fernmetastasen. Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl aller psychoonkologisch betreuten Prostatakrebspatienten aus der im Nenner genannten Grundgesamtheit.



**Abb. 13: Auswertung für Kennzahl 6**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 19,25%. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht festgelegt.

## Kennzahl 7: Beratung Sozialdienst

In vielen Fällen wirft eine Krebserkrankung sozialrechtliche und existenzielle Fragen auf. Für diese Fragen benötigt der Patient den unkomplizierten Zugang zum Sozialdienst. Die Kennzahl ist ein Maß dafür, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die durch den Sozialdienst an den Zentren im Berichtsjahr beraten wurden.

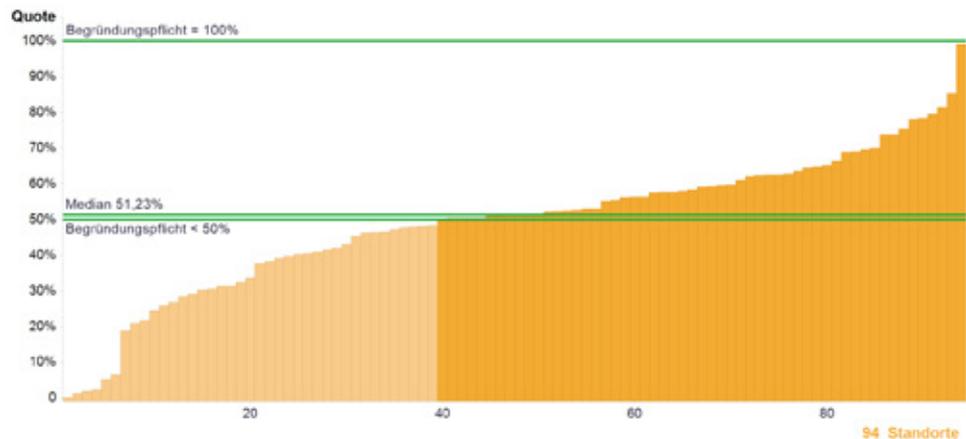
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 94 Zentren. An 50% der Standorte haben im Berichtsjahr mindestens 51,23% der Patienten eine Beratung durch den Sozialdienst in Anspruch genommen. 39 Zentren haben Beratungsquoten von weniger als 50% und begründen dies mit einer geringen Inanspruchnahme durch die Patienten. Es zeigt sich, dass ambulant betreute Patienten nicht immer sozialdienstlich mitbetreut werden. Die Auditoren haben deswegen darauf hingewiesen, dass die ambulant betreuten Patienten besser in das sozialdienstliche Angebot eingebunden werden sollen. In der Schweiz und in Österreich ist die sozialdienstliche Versorgung gesetzlich anders organisiert als in Deutschland, so dass diese Zentren wiederholt die niedrigsten Beratungsquoten haben.

**Tab. 14: Kennzahl 7**  
Beratung Sozialdienst  
Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl aller Prostatakrebspatienten aus der Grundgesamtheit, die vom Sozialdienst beraten wurden. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle und Patienten mit Rückfall bzw. Fernmetastasen.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	87*	0–1.561
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) und Patienten mit Erstmanifestation eines Rezidivs und/oder Fernmetastasierung (= Kennzahl 3b)	184*	112–2.971
Quote	Begründungspflicht** <50% und =100%	51,23%	0%–99,10%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

**Abb. 14: Auswertung für Kennzahl 7**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 51,23%. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl nicht festgelegt.



## Kennzahl 8: Studienteilnahme

Forschung ist notwendig, um Medikamente und andere Therapieansätze hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Sicherheit zu untersuchen. Für Patienten bedeutet die Teilnahme an einer klinischen Studie möglicherweise den frühen Zugang zu innovativen Therapiemöglichkeiten. Zertifizierte Zentren verpflichten sich, einen bestimmten Anteil ihrer Patienten in Studien einzubringen. Für die zertifizierten Prostatakrebszentren betrug die Sollvorgabe im Berichtsjahr größer oder gleich 5 %.

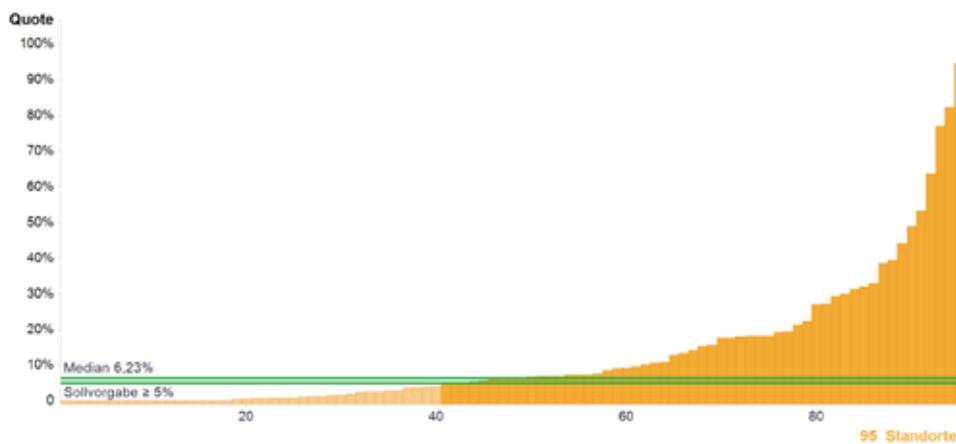
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. 50% der Standorte schlossen mindestens 6,23 % ihrer Patienten in Studien ein, für die ein positives Votum einer Ethikkommission vorlag. Annähernd ähnliche Raten wurden in den Vorjahren beobachtet. Der Median ist ansteigend und liegt erstmals über der Sollvorgabe. 18 Zentren haben keinen Patienten in Studien eingeschlossen. Dies wird vor allem mit fehlendem Studienangebot und dem schwierigen Einschluss für die inzwischen geschlossene PREFERE-Studie begründet. Zentren, die viele Patienten in Studien einschließen, haben meist ein breites Angebot an verschiedenen Studien (zum Beispiel operativ, medikamentös und strahlentherapeutisch).

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten des Zentrums die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	10*	0–797
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	159*	94–2.416
Quote	Sollvorgabe $\geq 5\%$	6,23 %	0%–94,58 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



**Tab. 15: Kennzahl 8**  
Studienteilnahme.  
Die Kennzahl ist definiert als Anzahl der Patienten (nicht nur Primärfälle), die vom behandelnden Arzt am Standort in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden (Zähler), bezogen auf die Gesamtzahl der Primärfälle an diesem Standort.



**Abb. 15: Auswertung für Kennzahl 8**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 6,23 %. Die Sollvorgabe lag im Berichtsjahr bei 5 %.

## Kennzahl 9: Anzahl Prostatektomien pro Zentrum

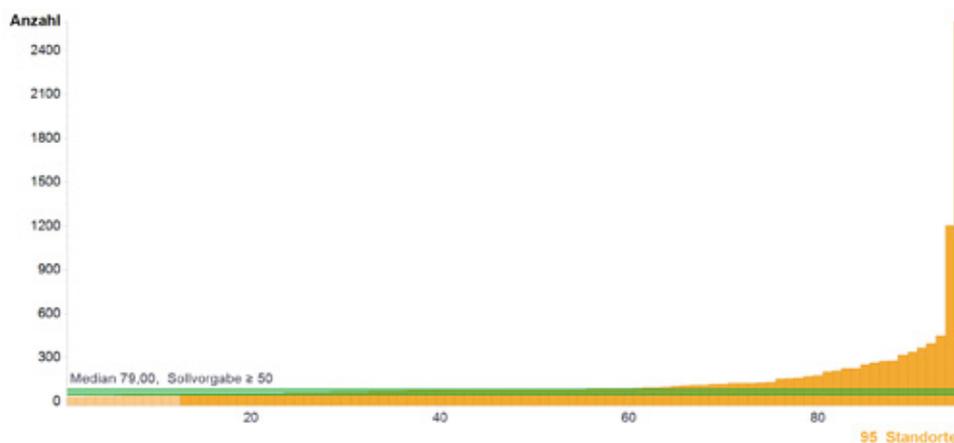
Bei einer radikalen Prostatektomie (RPE) werden die komplette Prostata-drüse, beide Samenbläschen und das umgebende Gewebe entfernt. In vielen Fällen müssen außerdem die Lymphknoten im Becken entfernt werden. Eine RPE führt häufig zur Heilung, kann aber mit Nebenwirkungen (Harninkontinenz, Impotenz) verbunden sein. Das Ergebnis der Operation hängt nicht zuletzt von der Erfahrung des Operateurs ab. Mindestmengen werden deshalb sowohl von Patientenvertretern als auch von den Experten der Leitliniengruppe als notwendiges Mittel zur Qualitätssicherung angesehen (1,2), wenngleich eine definitive Untergrenze aus Studien nicht abgeleitet werden kann. Die hier festgelegte Untergrenze von 50 Prostatektomien pro Zentrum und Jahr geht auf einen Konsens der Experten der Leitlinienkommission zurück.

**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. 87,37% der Standorte erfüllten die Sollvorgabe. 50% der Standorte führten im Berichtsjahr mindestens 79 radikale Prostatektomien durch. Die Gesamtzahl der Prostatektomien in allen Prostatakrebszentren ist rückläufig von 14.112 im Auditjahr 2015 auf 13.828 im Auditjahr 2016. Interessanterweise wurden im Auditjahr 2016 61% der bundesweit erfassten Prostatektomie (Quelle: Destatis, DRG-Statistik) in zertifizierten Zentren durchgeführt (13.828 von 22.600 Prostatektomien)

**Tab. 16: Kennzahl 9**  
Anzahl Prostatektomien pro Zentrum. Die Kennzahl ist definiert als Anzahl der radikalen Prostatektomien an einem Standort im Berichtsjahr.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Radikale Prostatektomien/Zystoprostatektomien gesamt (siehe Basisdaten)	79	31–2.639
Sollvorgabe $\geq 50$			

**Abb. 16: Auswertung für Kennzahl 9**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 79. Die Sollvorgabe betrug 50 Prostatektomien pro Zentrum und Jahr.



## Kennzahl 10: Postoperative Revisionseingriffe

Bei einer radikalen Prostatektomie (RPE) werden die komplette Prostata-drüse, beide Samenbläschen und das umgebende Gewebe entfernt. In vielen Fällen müssen außerdem die Lymphknoten im Becken entfernt werden. Nach dieser Operation (postoperativ) kommt es in seltenen Fällen zu Komplikationen, die einen zweiten Eingriff (Revisionseingriff) unter Narkose erforderlich machen. Die Kennzahl zeigt, wie häufig ein solcher Revisionseingriff im Berichtsjahr durchgeführt werden musste.

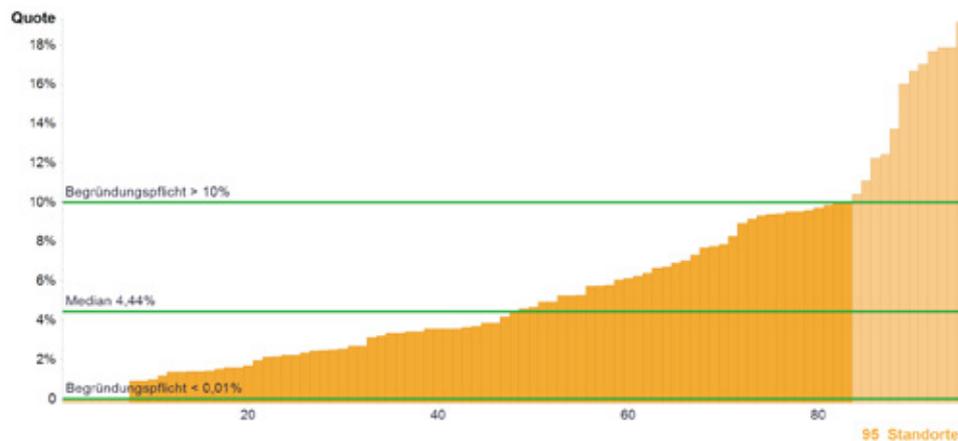
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. Der Median für Revisions-eingriffe betrug 4,44 %, das heißt, bei 50 % der Zentren lag der Prozentsatz für Revisions-eingriffe bei 4,44 % oder darunter. Die Quote der Revisionseingriffe ist im Median wieder leicht rückläufig. 12 Zentren haben Revisionsraten von mehr als 10 %. Die Zentren mit den höchsten Raten im Vorjahr haben sich jedoch verbessert. Die häufigste Begründung für Revisionen waren Lymphozelenbehandlungen in Folge einer Operation, die dann z. B. mit Punktionen, Flüssigkeitsableitungen mittels Drainage oder auch einer operativen Öffnung behandelt werden können. Als Verbesserungsmaßnahmen werden die OP-Methoden angepasst (Clipping, Koagulation) und die Befunde innerhalb spezieller Fall-Konferenzen (M & M-Konferenzen) besprochen.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Revisions-OPs innerhalb von 90 Tagen post-op (Summe von OPs bei Nachblutung, Darmverletzung bzw. endoskopische Behandlung von Anastomosenstrukturen, Lymphozelen-drainage bei drohender Thrombose, Harnleiterverletzung)	4*	0–90
Nenner	Radikale Prostatektomien pro Jahr	72*	25–2.639
Quote	Begründungspflicht** <0,01% und >10%	4,44%	0%–19,15%



**Tab. 17: Kennzahl 10**  
Postoperative Revisions-eingriffe. Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl der erneuten Eingriffe, die in einem Zeitraum von bis zu 90 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie nötig werden. Im Nenner steht die Summe aller radikalen Prostatektomien im Berichtsjahr.

- \* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
- \*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



**Abb. 17: Auswertung für Kennzahl 10**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Vorgabe für die Begründungspflicht sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 4,44 %. Eine Sollvorgabe für diese Kennzahl war nicht festgelegt.

## Kennzahl 11: Erfassung der R1-Resektionen bei Prostatakarzinomen im Stadium pT2c/pN0 oder NxM0

Als Resektion bezeichnet man die komplette oder teilweise Entfernung eines Organs oder Gewebeabschnitts bei einer Operation. Von einer R0-Resektion spricht man, wenn bei der anschließenden feingeweblichen Untersuchung des entfernten Gewebes die Schnittländer frei von Krebszellen sind. Bei einer R1-Resektion lassen sich histologisch noch kleine Reste vom Tumor im Schnitttrand nachweisen.

Der feingewebliche Nachweis von Tumorgewebe im Schnitttrand ist mit einer erhöhten Rückfallrate verbunden und macht weitere Therapieschritte nach der OP notwendig (6). Vor allem bei größeren Tumoren im Stadium T2 N0 oder NxM0 erfordert die R0-Resektion chirurgisches Geschick. Je niedriger die Anzahl der R1-Resektionen bei lokal begrenzten Tumoren, desto besser. Die Sollvorgabe für die Zentren wurde auf 10% oder weniger festgelegt, d. h. der Anteil an Eingriffe mit einer R1-Resektion sollte max. 10% betragen. Der Parameter ist gegenwärtig Gegenstand von Diskussionen, da der Anteil der R1-Resektionen von der Art des Zuschnitts der Prostata abhängt. Außerdem scheinen aktuelle Studienergebnisse daraufhin zuweisen, dass ein „kleines“ R1, also wenig Tumorzellen am Schnitttrand, auch mit einer kleineren Rückfallrate verbunden ist. Hier bleibt abzuwarten, wie die Leitliniengruppe die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen aufarbeitet.

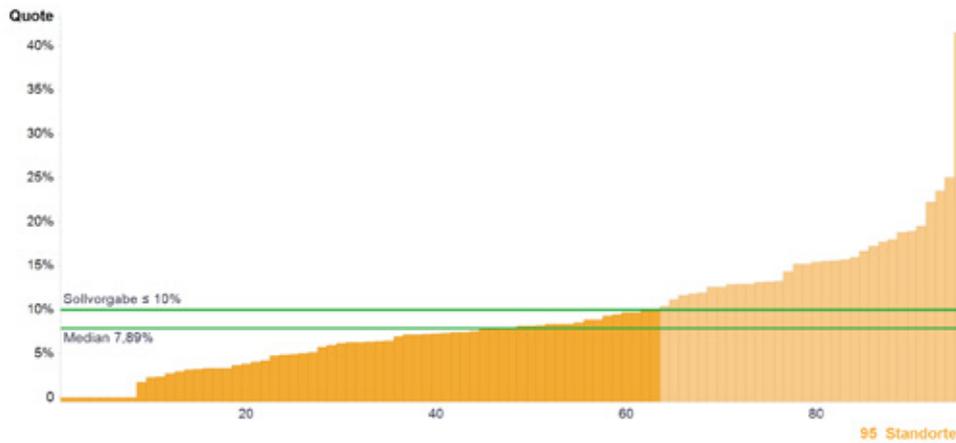
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. 50% der Standorte haben einen Anteil von R1-Resektion von 7,89%. Der Median der R1-Resektionsrate ist abfallend und mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe von 10% oder weniger. Das Zentrum mit der höchsten Rate hatte auch im Vorjahr auffällige Werte, so dass das Zertifikat nach intensiver Prüfung zunächst entzogen wurde. Wenn Zentren die Sollvorgabe nicht erreichen und zu viele R1-Resektionen haben, begründen sie dies mit dem Nachweis von nur wenigen Tumorzellen am Schnitttrand und mit der sehr genauen Aufarbeitung mit Hilfe vieler Schnitte durch das Prostatektomiepräparat. Außerdem werden der Wechsel eines Operateurs und der Einsatz einer neuen OP-Methode (da Vinci) als Erklärungen angegeben. Um die Ergebnisse zu verbessern, werden die Zentren häufiger Schnellschnitte während der Operation durchführen, sie werden genaue Anweisungen für die Bearbeitung der Prostatektomiepräparate vereinbaren und die Ergebnisse gemeinsam mit den Partnern des Zentrums im Rahmen der Qualitätszirkel besprechen.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Operationen bei Primärfällen mit R1 bei pT2 c/pNO oder Nx M0	4*	0–105
Nenner	Operationen bei Primärfällen mit pT2 c/pNO oder Nx M0	41*	4–1.286
Quote	Sollvorgabe ≤10 %	7,89 %	0%–41,54 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



**Tab. 18: Kennzahl 11**  
Erfassung der R1-Resektionen bei Prostatakarzinomen im Stadium pT2, c/pNO oder NxM0. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle mit einem auf die Prostata begrenzten Tumor, die im Berichtsjahr operiert wurden. Der Zähler weist die Anzahl der Patienten aus, bei denen nach der Entfernung eines Tumors Tumorrreste im Schnitttrand nachweisbar waren.



**Abb. 18: Auswertung für Kennzahl 11**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 7,89%. Die Sollvorgabe für die Standorte betrug ≤10%.

## Kennzahl 12: Definitive Strahlentherapie

Die Strahlentherapie von außen ohne weitere operative oder medikamentöse Therapie (definitive Strahlentherapie) gehört zu den primären Behandlungsmöglichkeiten für das lokal begrenzte Prostatakarzinom aller Risikogruppen (7, 8, 9, 10, 11). Der Vorteil der Strahlentherapie besteht darin, dass sie keinen operativen Eingriff erfordert. Allerdings erstreckt sie sich über einen langen Zeitraum, in dem der Patient mehrmals wöchentlich zur Behandlung kommen muss. Die Kennzahl ist ein Maß dafür, wie hoch der Anteil der mit dieser Therapieform behandelten Patienten im Zentrum ist. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht festgelegt.

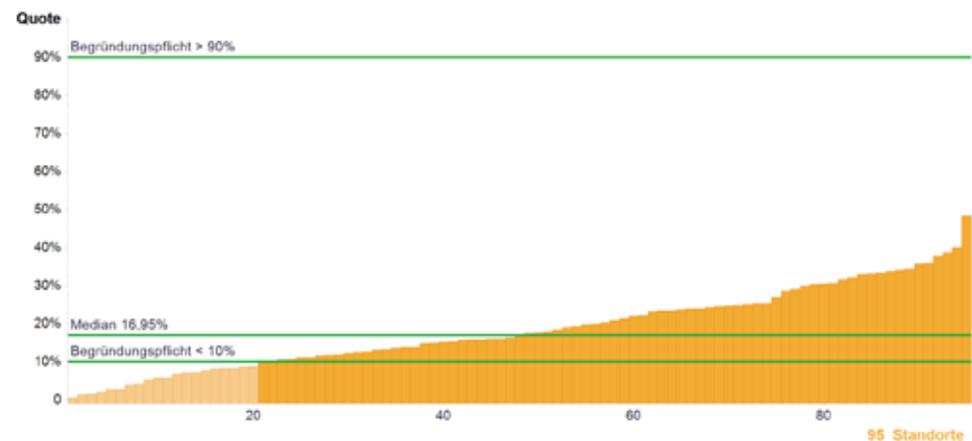
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. 50% der Zentren haben mindestens 16,95% der Primärfälle mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom primär mit einer Strahlentherapie behandelt. Damit sinkt der Median der Kennzahl ab und im Vergleich zum Vorjahr sinkt auch die Anzahl der definitiven Strahlentherapien (3.064 im Vergleich zu 3.275).

**Tab. 19: Kennzahl 12**  
Definitive Strahlentherapie. Die Kennzahl ist definiert als Anzahl der Primärfälle, aus der Gesamtheit aller Primärfälle, die im Berichtsjahr ausschließlich mit einer Bestrahlung behandelt wurden.

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit definitiver Strahlentherapie	31*	2-123
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	159*	94-2.416
Quote	Begründungspflicht** <10% und >90%	16,95%	0,48%-48,33%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

**Abb. 19: Auswertung für Kennzahl 12**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Vorgabe für die Begründungspflicht sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 16,95%. Eine Sollvorgabe für diese Kennzahl war nicht festgelegt.



## Kennzahl 13: Permanente Seedimplantation – D90 > 130Gy

Bei der permanenten Seedimplantation erfolgt die Bestrahlung des Tumors von innen aus der Prostata heraus. Dabei handelt es sich um eine Form der Brachytherapie, bei der radioaktive Strahlenquellen (<sup>125</sup>Jod oder <sup>103</sup>Palladium) in Form von saatgutgroßen Körnchen (Seeds) über Hohlnadeln in das Prostatagewebe eingebracht werden – die Seeds werden in der gesamten Prostata verteilt, verbleiben dort und geben nach und nach ihre Strahlung ab, um den Tumor zu zerstören. Die Anzahl der Seeds und ihre Verteilung werden für jeden Patienten einzeln berechnet und hängen von der Größe der Prostata ab. Die übliche Verschreibungsdosis für Jod-Seeds beträgt 145 Gy (12). Als wichtig für eine Qualitätskontrolle bei dieser Behandlung wird die Nachplanung angesehen: Vier bis sechs Wochen nach Implantation sollte eine Computertomographie erfolgen. Die Implantation gilt dann als gelungen, wenn eine Strahlendosis von insgesamt mehr als 130 Gy auf mindestens 90 % des Prostatavolumens (D90) verteilt ist.

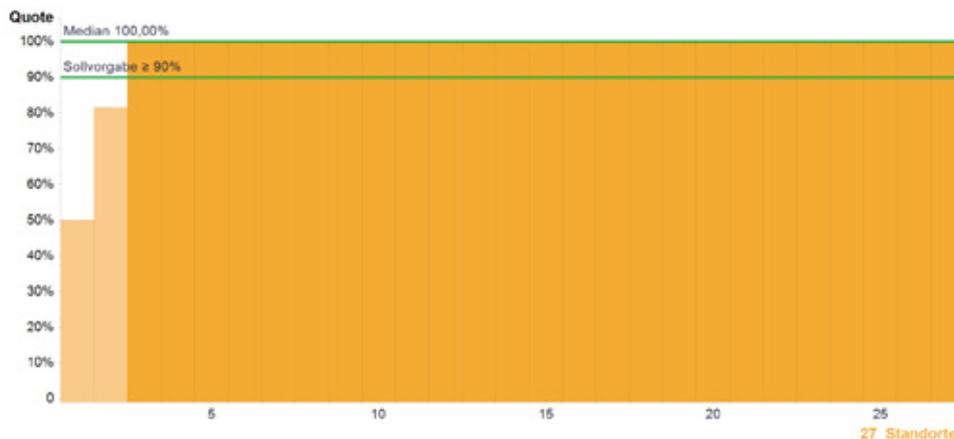
**Ergebnis:** In 27 Zentren wurde mindestens eine Seedimplantation durchgeführt (Nenner größer als 0). Der Median für diese Kennzahl betrug 100%. Lediglich zwei der Zentren erreichten die Sollvorgabe nicht. Die Anzahl der Zentren, die Seedimplantation durchführen nimmt ab (Auditjahr 2015: 31 Zentren). Die zwei Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichen, begründen dies mit zum Auditzeitpunkt noch ausstehenden Postplanungen sowie Dokumentationsschwierigkeiten.



**Tab. 20: Kennzahl 13**  
Permanente Seedimplantation. D90>130Gy. Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl der Primärfälle mit Seedimplantation, bei denen die erforderliche Strahlendosis von mehr 130 Gy auf mindestens 90 % des Prostatavolumens verteilt ist. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle mit permanenter Seedimplantation im Berichtsjahr. Diese Vorgabe sollte in mehr als 90 % der vorgenommenen Seedimplantationen erreicht werden.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle, bei denen D90 > 130 Gy erreicht wurde	4*	1–36
Nenner	Primärfälle mit permanenter Seedimplantation	5*	1–38
Quote	Sollvorgabe ≥90 %	100 %	50%–100 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



**Abb. 20: Auswertung für Kennzahl 13**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Sollvorgabe sind als waagerechte grüne Linien dargestellt.

## Kennzahl 14: HDR-Brachytherapie

Die HDR (High-Dose-Rate)-Brachytherapie, kombiniert mit der perkutanen Strahlentherapie, ist gemäß Leitlinie eine von mehreren Therapieoptionen beim lokal begrenzten Prostatakarzinom. Dabei erfolgt die Bestrahlung des Tumors von innen, aus der Prostata heraus. Zum Einsatz kommen Strahlungsquellen aus Iridium, die über Punktionsnadeln in die Prostata eingebracht werden, dort lokal begrenzt eine hohe Strahlendosis abgeben und nach der Bestrahlung wieder entfernt werden.

Die Kennzahl ist ein Maß dafür, wie viele Zentren die HDR-Brachytherapie im Berichtsjahr eingesetzt haben. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl nicht vorgesehen.

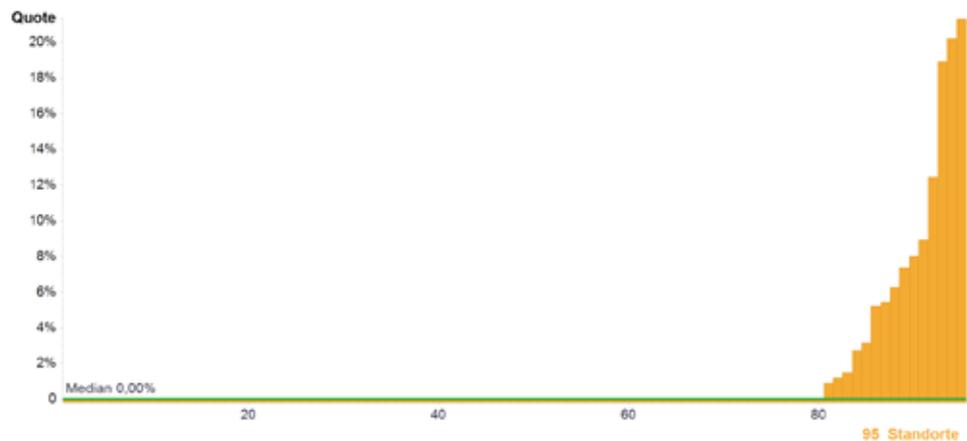
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. In 15 Zentren wurde mindestens eine HDR-Brachytherapie durchgeführt. Das ist weniger als im Vorjahr (Auditjahr 2015: 21 Zentren).

**Tab. 21: Kennzahl 14**  
HDR-Brachytherapie  
Die Kennzahl ist definiert als Anzahl der HDR-Brachytherapien, bezogen auf alle Primärfälle im Berichtsjahr.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit HDR-Brachytherapie	0*	0–36
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	159*	94–2.416
Quote	Keine Sollvorgabe	0 %	0%–21,30 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

**Abb. 21: Auswertung für Kennzahl 14**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt.



## Kennzahl 15: Befundbericht Stanzbiopsie

Wenn die Tastuntersuchung oder der PSA-Wert einen hinreichenden Verdacht auf einen Prostatakrebs ergeben, wird eine sogenannte Stanzbiopsie durchgeführt. Dazu sticht der Arzt mit einer Hohlnadel über den Enddarm an verschiedenen festgelegten Stellen in die Prostata ein und entnimmt Gewebe. Empfohlen wird die Entnahme von zehn bis zwölf Gewebeprobe, die anschließend im Labor untersucht werden. Die korrekte Durchführung der Stanzbiopsie ist für die richtige Diagnose- und Stadieneinteilung des Tumors von großer Bedeutung (13). Deshalb soll das Ergebnis der Stanzbiopsie im Befund sorgfältig dokumentiert werden. Anhand des Befundberichts Stanzbiopsie lässt sich feststellen, ob und wie diese diagnostische Maßnahme durchgeführt wurde. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl nicht festgelegt. Die Kennzahl ist ein Qualitätsindikator der Leitlinie.

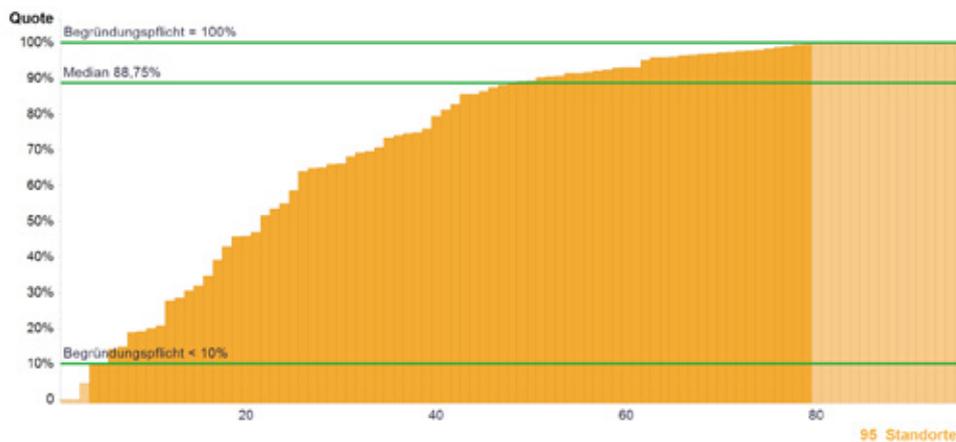
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 88,75%. Dies ist eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr (75,27%). Zwei Zentren hatten allerdings keinen (=0) vollständigen Befundbericht, was mit einer fehlenden Vorgabe in der Leitlinie begründet wurde. Seit dem Auditjahr 2016 werden in diesen Zentren bei Patienten mit Gleason 7 vollständige Befundberichte erstellt. Niedrige Raten werden zudem mit extern durchgeführten Stanzungen begründet.

Kennzahldefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit vollständigen Befundberichten	84*	0–772
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom und Stanzbiopsie	122*	20–2.416
Quote	Begründungspflicht** <10% und =100%	88,75%	0%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



**Tab. 22: Kennzahl 15**  
 Befundbericht Stanzbiopsie. Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl aller Primärfälle mit vollständigen Befundberichten aus einer Stanzbiopsie, bezogen auf alle Primärfälle, bei denen eine Stanzbiopsie durchgeführt wurde.



**Abb. 22: Auswertung für Kennzahl 15**  
 Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 88,75%. Eine Sollvorgabe war nicht festgelegt.

## Kennzahl 16: Befundbericht Lymphknoten

Streut ein Tumor, finden sich die ersten Krebszellen meist in den Lymphknoten in unmittelbarer Nähe des Organs. Beim Prostatakrebs sind dies die Lymphknoten im Beckenbereich. Die einzige verlässliche Möglichkeit, einen Befall der Lymphknoten festzustellen, ist deren operative Entfernung (Lymphadenektomie). Dabei werden die Lymphknoten entlang der großen Blutgefäße im Becken entnommen. Wenn sich dort Krebszellen finden, ist die Erkrankung durch eine Operation allein kaum noch zu heilen. Ist mehr als ein Lymphknoten befallen, kann es unter Umständen sinnvoll sein, die geplante operative Entfernung der Prostata nicht durchzuführen, weil das ursprünglich angenommene Ziel der Behandlung – die Heilung – nicht erreicht werden kann. Rät der Arzt zu einer Entfernung der Lymphknoten, sollte er mindestens zehn Lymphknoten entfernen (14). Anhand des Befundberichts Lymphknoten lässt sich feststellen, ob und wie diese diagnostische Maßnahme durchgeführt wurde. Entscheidend ist dabei die Angabe des Nodalstatus, abgekürzt pN – er beschreibt das Vorhandensein bzw. das Fehlen von Lymphknotenmetastasen im Einzugsbereich des Tumors und die Zahl der befallenen im Verhältnis zu den entfernten Lymphknoten. Die Kennzahl ist ein Qualitätsindikator der Leitlinie.

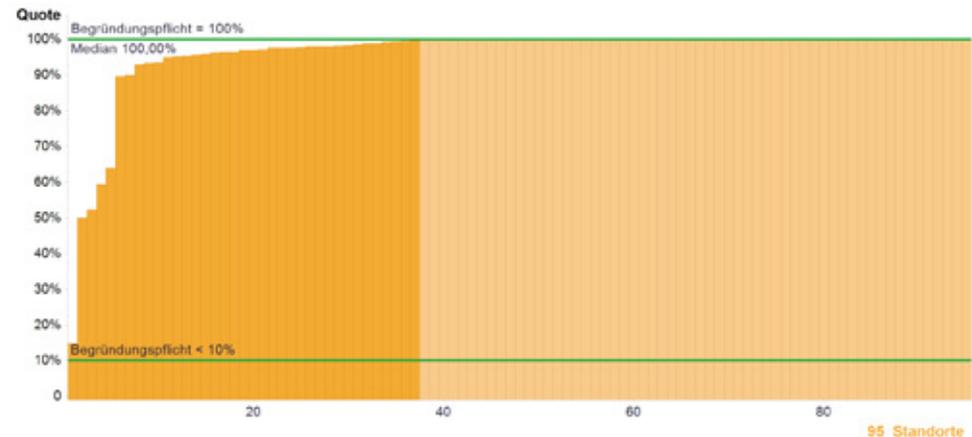
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 95 Zentren. Der Median für diese Kennzahl betrug 100%. 58 Zentren gaben eine Erfüllung der Anforderung zu 100% an und kein Zentrum unterschritt die untere Grenze der Begründungspflicht (=10%). Die beiden Zentren mit den niedrigsten Raten hatten im Vorjahr eine bessere Umsetzung der Kennzahl (100% und 86%). Die Plausibilität dieser Angaben wurde im Auditprozess vor Ort verifiziert.

**Tab. 23: Kennzahl 16**  
Befundbericht Lymphknoten. Im Zähler der Kennzahl steht die Anzahl der Primärfälle mit vollständigen Befundberichten nach Lymphknotenentnahme, im Nenner die Anzahl der Primärfälle mit Lymphknotenentnahme.

Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015		
	Median	Range	
Zähler	Primärfälle mit Befundberichten mit Angabe von: pN-Kategorie, Zahl befallener LK im Verhältnis zu entfernten LK	63*	18–1.989
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom und Lymphadenektomie	66*	20–2.076
Quote	Begründungspflicht** <10% und =100%	100%	14,68%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

**Abb. 23: Auswertung für Kennzahl 16**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Zentralwert = Wert in der Mitte der Datenverteilung) ist als waagerechte grüne Linie dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100%. Eine Sollvorgabe war nicht festgelegt.



## Kennzahl 17: Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom

Die Bestrahlung beim lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom, (Tumoren im Stadium T3-4 N0 M0 nach der TNM-Klassifikation) soll – laut Leitlinie – immer durch einen Hormonentzug (hormonablative Therapie) unterstützt werden, weil dadurch eine Verbesserung des Überlebens erreicht werden kann. Denn das Prostatakarzinom braucht für das eigene Wachstum das männliche Hormon Testosteron; durch die Hormonentzugstherapie wird die Bildung dieses Hormons blockiert. Die Kennzahl zeigt, wie diese Leitlinienempfehlung (16) durch die Zentren umgesetzt wurde. Die Angabe war im Berichtsjahr noch freiwillig, eine Sollvorgabe war nicht festgelegt worden. Die Kennzahl ist ein Qualitätsindikator der Leitlinie.

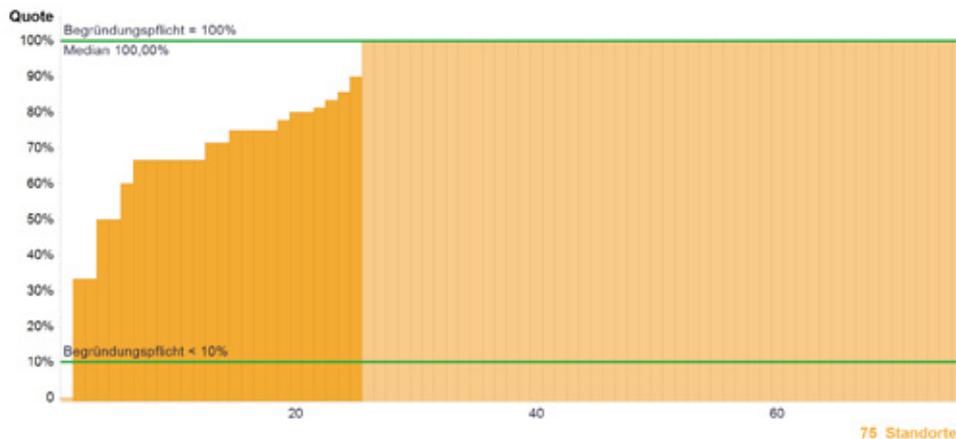
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 75 Zentren. Der Median für diese Kennzahl betrug 100%. Ein Zentrum unterschritt die untere Grenze der Begründungspflicht von 10%. Dieses Zentrum hatte jedoch nur einen Patienten als Grundgesamtheit und dieser hat die Therapie abgelehnt. Grundsätzlich sind bei diesem QI die kleinen Grundgesamtheiten zu beachten (1–16 Patienten).

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit zusätzlicher hormonablativer Therapie	2*	0–13
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom T3-4 N0 M0 und perkutaner Strahlentherapie	3*	1–16
Quote	Begründungspflicht** <10% und =100%	100%	0%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



**Tab. 25: Kennzahl 17** Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom. Der Zähler der Kennzahl ist definiert als Anzahl der Primärfälle mit einem lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom und perkutaner Bestrahlung (= Nenner), die zusätzlich eine Hormonentzugstherapie zur Bestrahlung erhalten haben.



**Abb. 26: Auswertung für Kennzahl 17** Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Vorgabe für die Begründungspflicht sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100%. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl nicht festgelegt.

## Kennzahl 18: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei Prostatakarzinom mit Lymphknotenmetastasen

Wenn eine Strahlentherapie bei Patienten mit histologisch gesicherten Lymphknotenmetastasen eingesetzt wird, soll sie gemäß Leitlinie in Kombination mit einer Hormontherapie (hormonablativ Therapie) von mindestens zwei, besser drei Jahren Dauer durchgeführt werden (17). Die Kennzahl zeigt, wie diese Leitlinienempfehlung durch die Zentren umgesetzt wurde. Die Kennzahl ist ein Qualitätsindikator der Leitlinie.

**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 64 Zentren. 31 Zentren behandelten keinen Patienten mit histologisch gesicherten Lymphknotenmetastasen und perkutaner Strahlentherapie und sind deswegen in der Auswertung nicht abgebildet. Der Median für diese Kennzahl betrug 100 %. Dies ist ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr (83,34 %). Ein Zentrum unterschritt die untere Grenze für die Begründungspflicht. Dieses Zentrum hat jedoch nur einen Patienten als Grundgesamtheit. Auch bei dieser Kennzahl ist der kleine Nenner zu berücksichtigen, so dass zukünftig 3-Jahreswerte berichtet werden (gilt auch für Kennzahl 17).

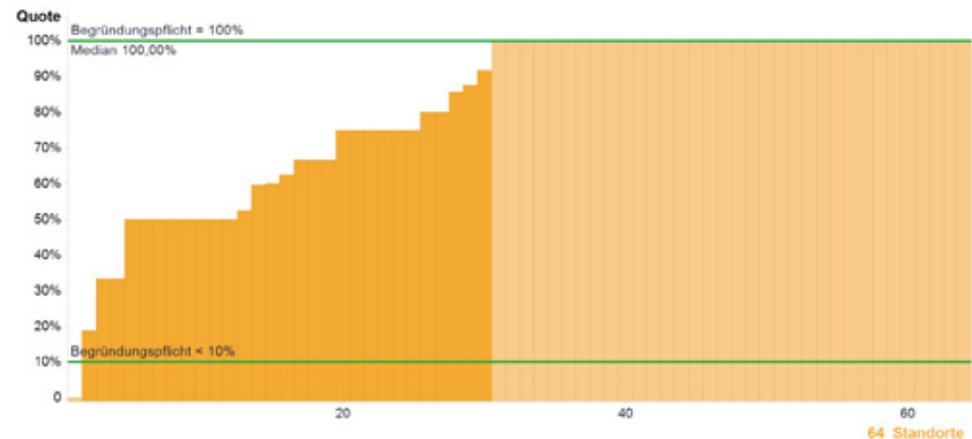
**Tab. 27: Kennzahl 18**  
Strahlentherapie und zusätzliche Hormontherapie bei Prostatakarzinomen mit Lymphknotenmetastasen. Im Nenner steht die Summe aller Primärfälle mit gesicherten Lymphknotenmetastasen, die von außen (perkutan) bestrahlt wurden, im Zähler sind die Patienten erfasst, die zusätzlich eine Hormontherapie erhalten haben.

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit zusätzlicher hormonablativ Therapie	2*	0–31
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom mit histologisch gesicherten Lymphknotenmetastasen und perkutaner Strahlentherapie	3*	1–52
Quote	Begründungspflicht** <10 % und =100 %	100 %	0%–100 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

**Abb. 27: Auswertung für Kennzahl 18**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Vorgabe für die Begründungspflicht sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 100 %. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht festgelegt.



## Kennzahl 19: Salvage-Radiotherapie (SRT) bei rezidiertem Prostatakarzinom

Tritt nach einer Operation ein Rückfall (Rezidiv) auf, dann sollte der neu aufgetretene Tumor bestrahlt werden, sofern die Lymphknoten nicht befallen sind (der engl. Ausdruck „Salvage“ bedeutet Rettung, Bergung). Die Bestrahlung wird von außen durch die Haut (perkutan) verabreicht. Die Leitlinie empfiehlt, mit der Bestrahlung frühzeitig zu beginnen, wenn der PSA-Wert noch unter 0,5 ng/ml liegt (18). Die Kennzahl ist aus den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom abgeleitet. Sie zeigt, wie diese Leitlinienempfehlung durch die Zentren umgesetzt wurde. Ab 2016 sind die Angaben zu dieser Kennzahl verpflichtend.

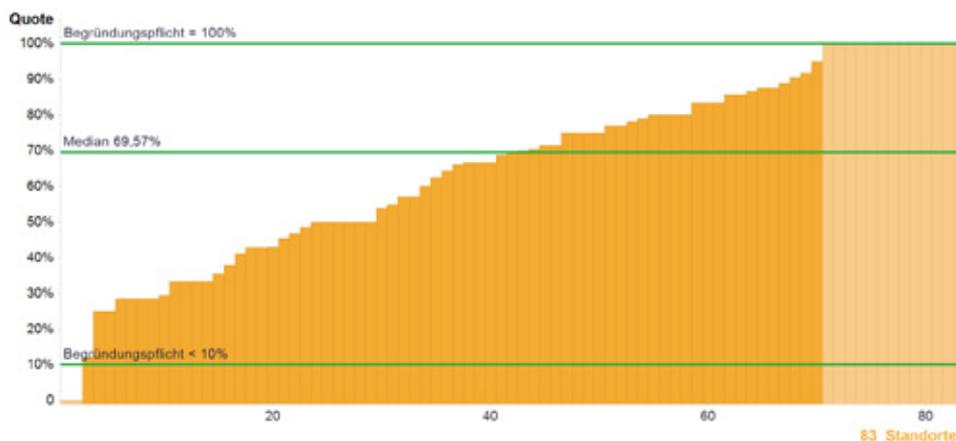
**Ergebnis:** Ausgewertet wurden die Daten von 83 Zentren. 12 Zentren hatten keinen Patienten mit einem Rückfall nach einer radikalen Prostatektomie (RPE), einem Anstieg des PSA-Werts (PSA-Rezidiv) und einer Salvage-Radiotherapie (SRT); sie wurden deshalb nicht in die Auswertung aufgenommen. Der Median für diese Kennzahl betrug 69,57%, ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr (62,50%). Für diese Kennzahl gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Kennzahlen 17/18. Zwei Zentren gaben eine SRT-Quote von 0% an und begründeten dies damit, dass die PSA-Werte zu Beginn der Therapie oberhalb von 0,5 ng/ml lagen. Als Begründung wird der nur schwer beeinflussbare Zeitpunkt der Zuweisung durch externe Behandler genannt. Die Auditoren haben die Zentren darauf hingewiesen, dass die SRT am wirksamsten bei frühzeitigem Beginn ist.

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Beginn der SRT und bei PSA <0,5 ng/ml	7*	0–53
Nenner	Patienten Zustand nach RPE und PSA-Rezidiv und SRT	13*	1–107
Quote	Begründungspflicht** <10% und =100%	69,57%	0%–100%

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren



**Tab. 28: Kennzahl 19** Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem Prostatakarzinom. Im Nenner der Kennzahl steht die Gesamtzahl der Patienten mit einem Prostatakarzinom, die nach einer operativen Entfernung der Prostata einen Rückfall erlitten und eine Radiotherapie erhalten hatten. Der Zähler erfasst die Patienten bei denen die Radiotherapie nach einem Rückfall frühzeitig, also bei einem PSA-Wert kleiner als 0,5ng/ml, begonnen wurde.



**Abb. 28: Auswertung für Kennzahl 19** Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Vorgabe für die Begründungspflicht sind als waagerechte grüne Linien dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 69,57%. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht festgelegt.

## Kennzahl 21: Postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie

Der Vorteil der vollständigen operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie, RPE), liegt in der Chance, die Krebserkrankung zu heilen. Aber die Operation ist ein Eingriff mit möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen – sie lassen sich mithilfe der Komplikationsklassifikation nach Clavien-Dindo in unterschiedliche Schweregrade unterteilen. Bei der Erhebung dieser Kennzahl wurden die Komplikationen berücksichtigt, die an einem Standort nach der operativen Entfernung der Prostata auftraten und einen weiteren chirurgischen oder endoskopischen Eingriff nötig machten bzw. lebensbedrohlich waren (Clavien-Dindo Grad III oder IV im Zähler der Kennzahl). Diese Zahl wurde in Bezug gesetzt zur Anzahl der radikalen Prostatektomien an diesem Standort (Nenner der Kennzahl). Die Kennzahl ist aus den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom abgeleitet, also ein Qualitätsindikator der Leitlinie (20).

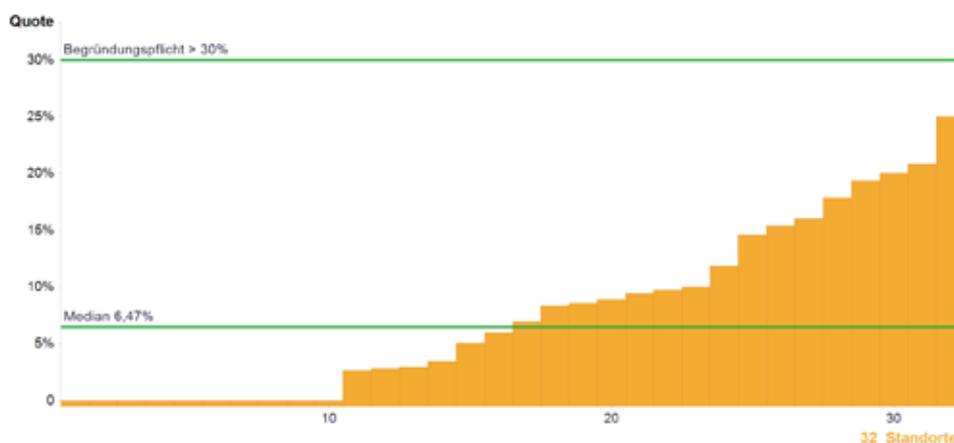
**Ergebnis:** Die Angabe der Kennzahl war im Auditjahr 2016 freiwillig, so dass nur Rückmeldungen von 32 Standorten vorliegen. Alle Zentren lagen unterhalb der Begründungspflicht, so dass keine Erläuterungen zu den Ergebnissen vorgenommen werden mussten.

**Tab. 30: Kennzahl 21**  
Postoperative Komplikationen, die nach radikaler Entfernung der Prostata (Nenner der Kennzahl) auftraten und einen weiteren chirurgischen oder endoskopischen Eingriff nötig machten bzw. lebensbedrohlich waren (Clavien-Dindo Grad III oder IV im Zähler der Kennzahl).

Kennzahlendefinition		Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit Komplikation Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach RPE	3*	0–25
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom T1-2 N0 M0 und RPE (aus Vorkennzahlenjahr)	43*	8–211
Quote	Begründungspflicht** >30 %	6,47 %	0 %–25 %

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren

**Abb. 30. Auswertung für Kennzahl 21**  
Jeder Balken stellt einen Standort dar. Der Median (Wert in der Mitte der Datenverteilung) und die Vorgabe für die Begründungspflicht als waagerechte grüne Linie dargestellt. Der Median für diese Kennzahl betrug im Berichtsjahr 6,47%. Eine Sollvorgabe war für diese Kennzahl im Berichtsjahr nicht festgelegt.



## Kennzahl 22: Komplikationen nach Strahlentherapie

Die möglichen Nebenwirkungen der Strahlentherapie sind – ähnlich wie bei der Operation – nicht zu vernachlässigen – sie lassen sich mithilfe der Komplikationsklassifikation nach CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) in unterschiedliche Schweregrade unterteilen. Bei dieser Kennzahl werden Komplikationen berücksichtigt, die an einem Standort innerhalb der ersten sechs Monate nach einer Bestrahlung der Prostata auftraten und einen chirurgischen oder endoskopischen Eingriff nötig machten bzw. lebensbedrohlich waren (CTCAE III oder IV im Zähler der Kennzahl). Diese Zahl wurde in Bezug gesetzt zur Anzahl aller Patienten mit Erstdiagnose eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms und definitiver und adjuvanter Strahlentherapie an diesem Standort (Nenner der Kennzahl). Die Kennzahl ist aus den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom abgeleitet, also ein Qualitätsindikator der Leitlinie (20).

**Ergebnis:** Die Angabe der Kennzahl war im Auditjahr 2016 freiwillig, so dass nur Rückmeldungen von 26 Standorten vorliegen. Von den 26 Standorten, die die Kennzahl dokumentiert haben, haben 22 eine Komplikationsrate von 0% angegeben. Ein Zentrum erreichte die Sollvorgabe nicht, hier waren 2 (von 17) Patienten mit CTC-AE Grad III-Komplikation (erektile Dysfunktion) nach Bestrahlung registriert worden.

Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015		
	Median	Range	
Zähler	Primärfälle mit Komplikation CTCAE Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach Strahlentherapie	0*	0–2
Nenner	Primärfälle mit Prostatakarzinom T1-2 NO MO und definitiver und adjuvanter Strahlentherapie (aus Vorkennzahlenjahr)	33,5*	5–73
Quote	Sollvorgabe ≤5%	0%	0%–11,76%



Tab. 29: Kennzahl 22  
Komplikationen nach  
Strahlentherapie.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

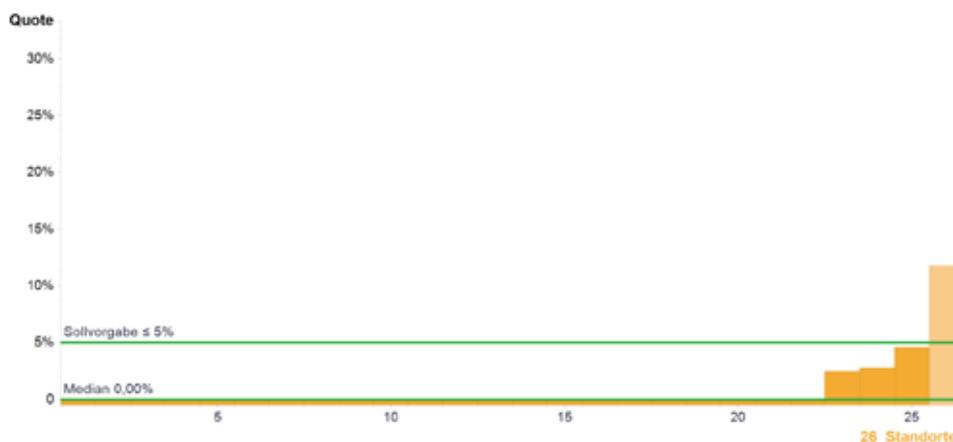


Abb. 29: Auswertung  
für Kennzahl 22  
Jeder Balken stellt einen  
Standort dar. Der Median  
(Zentralwert = Wert in der  
Mitte der Datenverteilung)  
ist als waagerechte grüne  
Linie dargestellt. Der  
Median für diese Kennzahl  
betrug im Berichtsjahr  
0%. Die Sollvorgabe  
betrug 5% und weniger.

# Glossar

- Active Surveillance, Aktive Überwachung:** Das einmal entdeckte Prostatakarzinom wird nicht sofort therapiert, sondern zunächst regelmäßig überwacht, um bei Anzeichen einer Veränderung sofort reagieren und eine Therapie einleiten zu können. Dieses Vorgehen kommt nur beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil in Frage.
- Audit:** Untersucht, ob die Prozesse und Anforderungen im Rahmen einer Zertifizierung die geforderten Standards erfüllen. Audits werden von hierfür eigens geschulten Auditoren durchgeführt.
- Biopsie:** Bei einer Biopsie wird zur Abklärung eines Tumorverdachts Gewebe entnommen, damit es feingeweblich untersucht werden kann. Dies geschieht im Falle einer Prostatabiopsie mit Hohlnadeln, die sogenannte Stenzen aus dem Gewebe herausstechen.
- Bisphosphonate:** Medikamente zur Behandlung von Knochenschwund.
- Brachytherapie:** Form der Bestrahlung, bei der die Strahlungsquelle in unmittelbare Nähe des zu bestrahlenden Tumors gebracht wird. Man unterscheidet die Niedrig- und die Hochdosisrate-Brachytherapie. Bei beiden Verfahren handelt es sich um einen operativen Eingriff.
- Ethikkommission:** Beurteilt klinische Studien im Hinblick auf ihre ethische und rechtliche Vertretbarkeit und erstellt ein schriftliches Votum für oder gegen das beantragte Forschungsvorhaben.
- Gleason-Score:**  
(nach dem amerikanischen Pathologen Donald F. Gleason)  
Um zu beurteilen, wie aggressiv ein Prostatakarzinom sein kann, wird der Gleason-Score bestimmt. Dabei untersucht ein Pathologe die entnommenen Gewebeproben und bestimmt das häufigste und das aggressivste Wachstumsmuster der Krebszellen. Zellverbände, die dem normalen Gewebe noch sehr ähnlich sind, haben einen niedrigen Gleason-Grad, Zellverbände, die sich von gesundem Gewebe sehr stark unterscheiden, haben einen hohen (Werte von 1 bis 5). Die Summe der beiden Werte ergibt den sogenannten Gleason-Score, der für Diagnose und Therapieentscheidung eine wichtige Rolle spielt. Ein Gleason-Score von 6 deutet auf ein niedriges Risiko hin, ein Gleason-Score darüber auf ein mittleres oder hohes Risiko. Spezielle Bedeutung hat der Gleason-Score 7a, der sich aus dem Grad 3 als häufigstem Wachstumsmuster und 4 zusammensetzt (3+4). Er gilt als mittleres Risiko, allerdings mit guter Prognose.
- Gray (Gy):** Diese physikalische Größe ist nach dem britischen Physiker Louis Harold Gray benannt und gibt die Strahlendosis an.

<b>Hormonentzugs- therapie:</b>	Das Wachstum von Prostatakrebs wird durch das männliche Sexualhormon Testosteron begünstigt. Eine Möglichkeit, das Wachstum zu beeinträchtigen und so den Erkrankungsverlauf zu verlangsamen, ist der Entzug von Testosteron. Dies ist mit Medikamenten oder operativ möglich.
<b>Impotenz (erektiler Dysfunktion):</b>	Man spricht von einer erektilen Dysfunktion (ED), wenn ein Mann über einen gewissen Zeitraum keine Erektion bekommen oder halten kann. Eine kurzfristige Erektionsstörung wird nicht als ED bezeichnet.
<b>Interventionelle Therapien:</b>	Therapieverfahren, bei denen gezielte Eingriffe (Interventionen) am erkrankten Gewebe vorgenommen werden, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.
<b>Komplikations- klassifizierung nach Clavien-Dindo:</b>	Mithilfe dieser Klassifikation lassen sich Komplikationen nach einer Operation nach ihrem Schweregrad (von 1 = keine Intervention notwendig, bis 4 = lebensbedrohliche Komplikation) einordnen.
<b>Kieferosteonekrose:</b>	Knochenschäden am Kiefer, eine häufige Nebenwirkung von Bisphosphonaten zur Behandlung von Knochenschwund.
<b>Lymphadenektomie:</b>	Operative Entfernung der Lymphknoten. Die entfernten Lymphknoten werden auf Tumorbefall untersucht. So kann festgestellt oder ausgeschlossen werden, dass der Tumor bereits gestreut hat. Dies ist von Bedeutung für die weitere Behandlung.
<b>Metastasen:</b>	Einzelne Krebszellen lösen sich vom Primärtumor und wandern durch die Blutbahn an andere Stellen im Körper, um sich dort anzusiedeln.
<b>Primärfall:</b>	Der Primärfall umfasst alle Aufenthalte und Operationen eines Patienten im Rahmen einer Erkrankung. Zählzeitpunkt ist die Erstdiagnose, ein Rückfall (Rezidiv) eines Prostatakarzinoms ist kein Primärfall.
<b>Perkutan:</b>	Durch die Haut.
<b>PSA:</b>	Das prostataspezifische Antigen (PSA) ist ein Eiweiß, das nur in der Prostata produziert wird. Im Krebsgewebe ist es zehnfach höher konzentriert als im gesunden Prostatagewebe.
<b>radikale Prostat- ektomie (RPE):</b>	Vollständige operative Entfernung der Prostata.

<b>Randomisierung:</b>	Verfahren in klinischen Studien, bei dem die teilnehmenden Patienten nach dem Zufallsprinzip unterschiedlichen Studienarmen zugeordnet werden.
<b>Rezidiv:</b>	Rückfall
<b>Revisionseingriff:</b>	Folge-, Wechsel- oder Korrektureingriffe nach einem ersten Eingriff, dem sogenannten Primäreingriff.
<b>Salvage-Radiotherapie:</b>	Strahlentherapie zur „Rettung“ (engl. salvage = Bergung, Rettung). Wird eingesetzt, wenn bei einem bösartigen Tumor die Erstbehandlung nicht angeschlagen hat oder es zu einem Rückfall gekommen ist.
<b>Schnellschnittuntersuchung:</b>	Zeitlich schnelles Verfahren zur Untersuchung von Gewebeproben, die während einer Operation entnommen werden. Die Diagnostik erfolgt nach Übermittlung des Probenmaterials an ein pathologisches Labor während der Operation und dauert in der Regel nicht länger als 15 Minuten.
<b>Seeds:</b>	Kleine Strahlungsquellen, die ungefähr die Größe von Saatkörnern haben, werden bei der LDR-Brachytherapie in die Prostata eingesetzt. Sie geben nach und nach ihre Strahlung ab, um den Tumor zu zerstören.
<b>Stanzbiopsie:</b>	Eine Biopsie ist die Entnahme von Gewebe aus dem lebenden Organismus. Bei einer Stanzbiopsie werden die Gewebeproben mit Hilfe von Hohlnadeln aus dem zu untersuchenden Gewebe „gestanzt“.
<b>Tumorboard:</b>	Tumorkonferenz, bei der die an der Behandlung beteiligten Ärzte zusammenkommen, um die Befunde bei einer Tumorerkrankung zu diskutieren und Empfehlungen für das weitere Vorgehen auszusprechen.
<b>Tumorstadium:</b>	Das Tumorstadium zeigt an, wie weit die Tumorerkrankung fortgeschritten ist. Die Einteilung der Erkrankungsstadien richtet sich nach der Größe des Tumors (Kurzbezeichnung: T), ob Lymphknoten befallen sind (Kurzbezeichnung: N) und ob der Tumor Metastasen gebildet hat (Kurzbezeichnung: M).

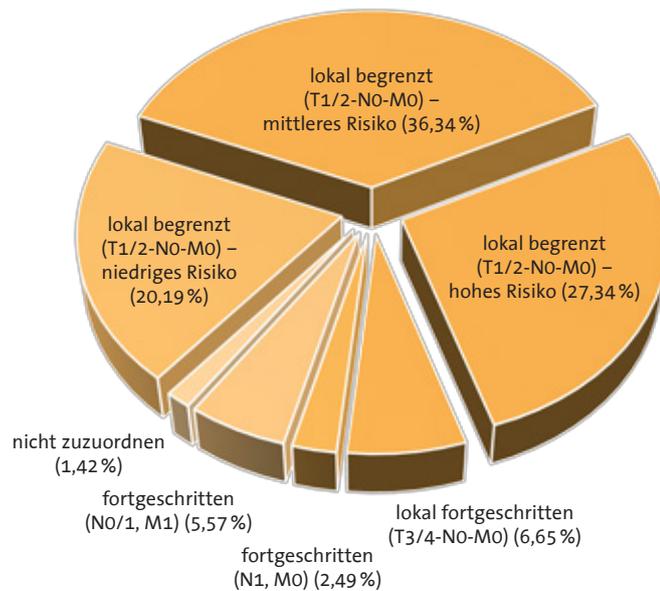
# Literaturverzeichnis

- [1] Nuttall M, van der Meulen J, Phillips N, Sharpin C, Gillatt D, McIntosh G, Emberton M. A systematic review and critique of the literature relating hospital or surgeon volume to health outcomes for 3 urological cancer procedures. *J Urol* 2004;172(6 Pt 1):2145–2152.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15538220>
- [2] Hollenbeck BK, Dunn RL, Miller DC, Daignault S, Taub DA, Wei JT. Volume-based referral for cancer surgery: informing the debate. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2007;25(1):91–96.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194909>
- [3] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 5.3, S. 102 (aufgerufen am 27.11.2016)
- [4] Stetinga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner R, Heathcote P, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psychooncology* 2001;10:66–75.
- [5] Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2013 Feb 20;31(6):782–793.  
doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922.
- [6] Swindle P, Eastham JA, Otori M, Kattan MW, Wheeler T, Maru N, Slawin K, Scardino PT. Do margins matter? The prognostic significance of positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J Urol* 2005;174(3):903–907.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=16093984>
- [7] Kupelian PA, Potters L, Khuntia D, Ciezki JP, Reddy CA, Reuther AM, Carlson TP, Klein EA. Radical prostatectomy, external beam radiotherapy <72 Gy, external beam radiotherapy > or =72 Gy, permanent seed implantation, or combined seeds/external beam radiotherapy for stage T1-T2 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;58(1):25–22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14697417>
- [8] Nilsson S, Norlen BJ, Widmark A. A systematic overview of radiation therapy effects in prostate cancer. *Acta Oncol* 2004;43(4):316–381. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303499>, DOI: 10.1080/02841860410030661
- [9] Dearnaley DP, Hall E, Jackson C, Lawrence D, Huddart RA, Eeles R, Gadd J, Warrington A, Bidmead M, Horwich A. Phase III Trial of dose escalation using conformal radiotherapy in prostate cancer: side effects and PSA control. [Abstract]. *Br J Cancer* 2001;85(Suppl 1):15.

- [10] Dearnaley DP, Sydes MR, Graham JD, Aird EG, Bottomley D, Cowan RA, Huddart RA, Jose CC, Matthews JH, Millar J, Moore AR, Morgan RC, Russell JM, Scrase CD, Stephens RJ, Syndikus I, Parmar MK. Escalated-dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2007;8(6):475–487. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17482880>
- [11] Morris DE, Emami B, Mauch PM, Konski AA, Tao ML, Ng AK, Klein EA, Mohideen N, Hurwitz MD, Fraas BA, Roach M, III, Gore EM, Tepper JE. Evidence-based review of three-dimensional conformal radiotherapy for localized prostate cancer: an ASTRO outcomes initiative. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62(1):3–19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15850897>
- [12] Nag S, Bice W, DeWyngaert K, Prestidge B, Stock R, Yu Y. The American Brachytherapy Society recommendations for permanent prostate brachytherapy postimplant dosimetric analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2000;46(1):221–230.
- [13] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 235 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [14] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 235 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [15] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 237 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [16] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf);  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 238 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [17] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 238 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [18] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 238 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [19] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 238 (aufgerufen am 27.11.2016).
- [20] [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sdownload/LL\\_Prostata\\_Langversion\\_3.1.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sdownload/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf)  
Kapitel 9, Qualitätsindikatoren, S. 239 (aufgerufen am 27.11.2016).

# Anhang

## Prostatakarzinom: Verteilung der Primärfälle



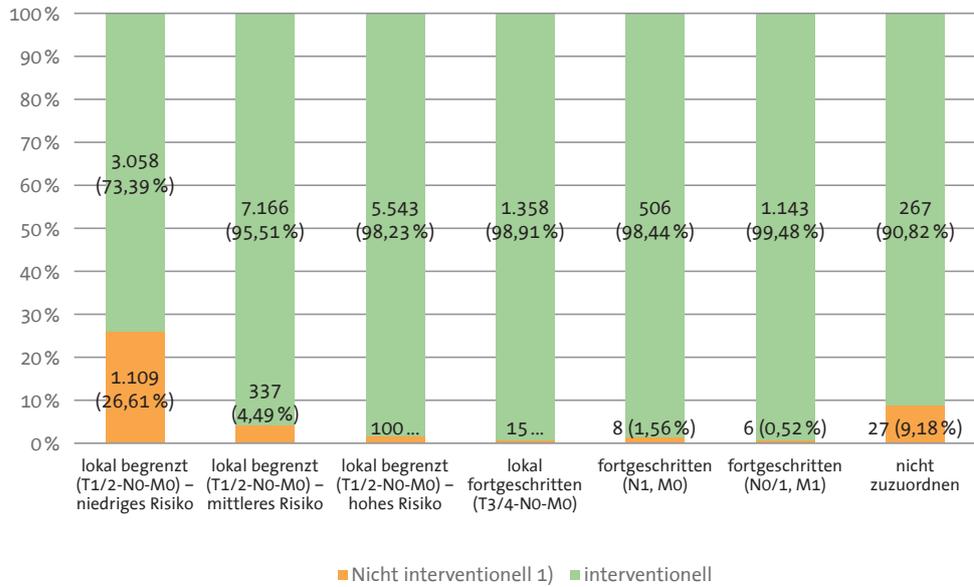
	Primärfälle Gesamt	
lokal begrenzt (T1/2-NO-M0) – niedriges Risiko	4.167	(20,19 %)
lokal begrenzt (T1/2-NO-M0) – mittleres Risiko	7.503	(36,34 %)
lokal begrenzt (T1/2-NO-M0) – hohes Risiko	5.643	(27,34 %)
lokal fortgeschritten (T3/4-NO-M0)	1.373	(6,65 %)
fortgeschritten (N1, M0)	514	(2,49 %)
fortgeschritten (NO/1, M1)	1.149	(5,57 %)
nicht zuzuordnen	294	(1,42 %)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>20.643</b>	



**Abb. 31:** Basisdaten – Primärfälle mit Prostatakarzinom an den DKG-zertifizierten Zentren.

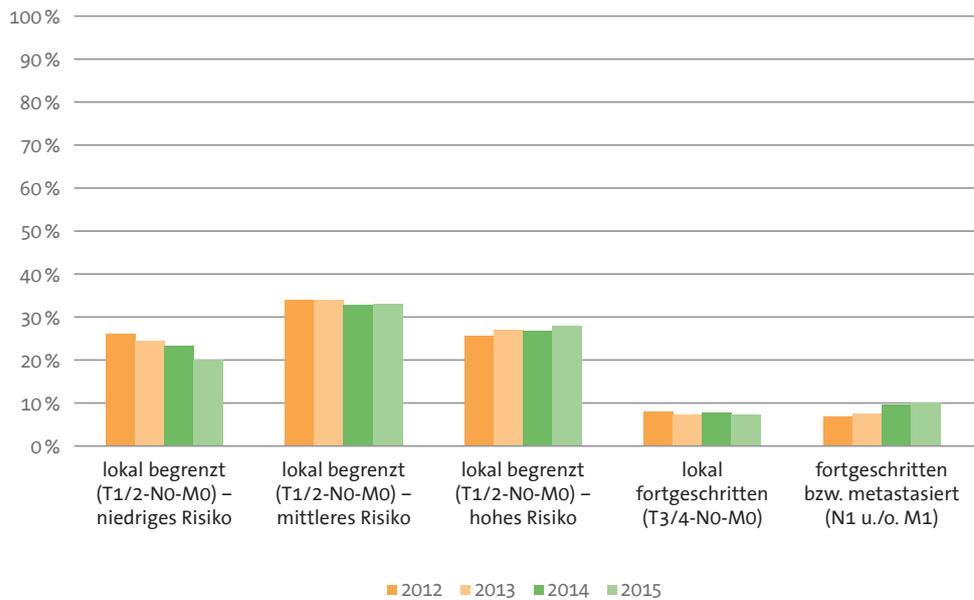
**Nicht interventionelle/interventionelle Primärfälle**

**Abb. 32:**  
 Basisdaten – Therapieformen beim Prostatakarzinom – Verteilung an DKG-zertifizierten Zentren.  
 Nicht interventionell = Aktive Überwachung; interventionell: Operation, definitive Strahlentherapie oder Brachytherapie (Jeder Patient kann nur einer interventionellen Therapie zugeordnet werden. Andere interventionelle Therapien, z. B. Chemotherapie oder Hormontherapie werden nur gezählt, wenn im Rahmen der Primärtherapie weder eine Operation noch eine definitive Strahlentherapie stattgefunden hat.)

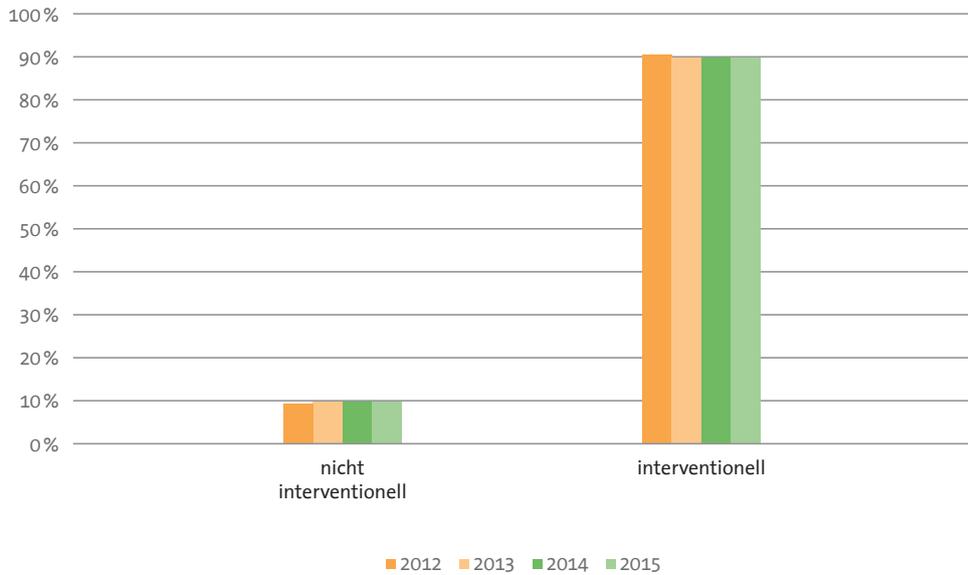


**a: Verteilung Primärfälle Prostatakarzinom 2012–2015**

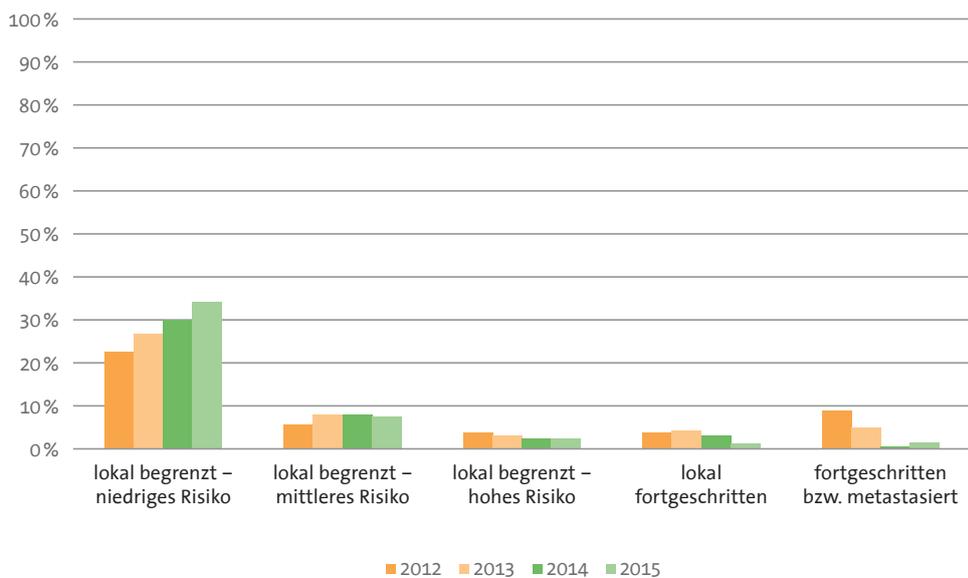
**Abb. 33 a/b:**  
 Basisdaten – Verteilung der Primärfälle 2012 bis 2015



**b: Verteilung interventionelle/nicht interventionelle Primärfälle 2012–2015**

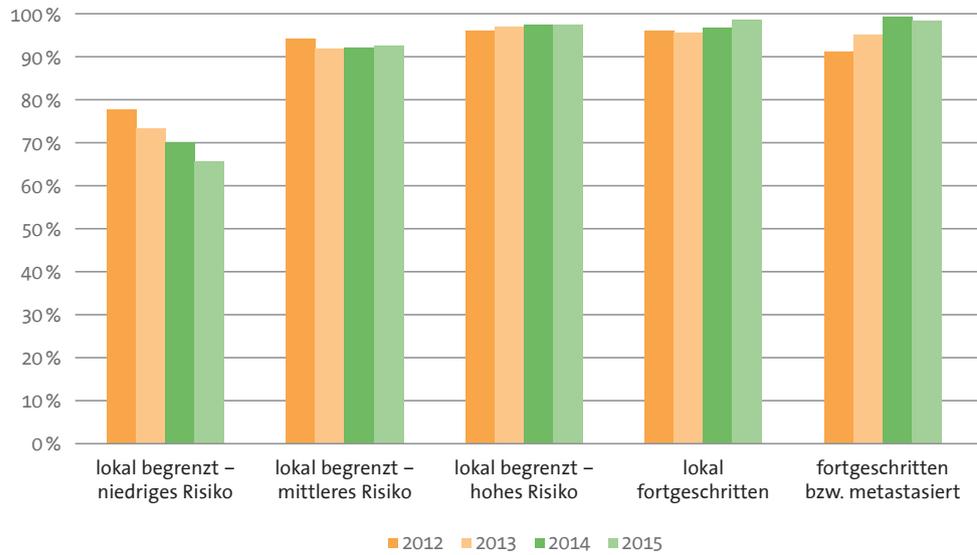


**a: Verteilung nicht interventionelle Primärfälle Prostatakarzinom 2012–2015**



**Abb. 34 a/b:** Fallzahlenänderung 2012–2015. Nicht interventionell = Aktive Überwachung; interventionell: Operation, definitive Strahlentherapie oder Brachytherapie (Jeder Patient kann nur einer interventionellen Therapie zugeordnet werden. Andere interventionelle Therapien, z. B. Chemotherapie oder Hormontherapie werden nur gezählt, wenn im Rahmen der Primärtherapie weder eine Operation noch eine definitive Strahlentherapie stattgefunden hat.)

**b: Verteilung interventionelle Primärfälle Prostatakarzinom 2012–2015**



# Autoren

Prof. Dr. Martin Burchardt

Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren  
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Prof. Dr. Jan Fichtner

Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren  
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Günther Feick

Bundesverband Prostatakrebsselfhilfe e.V.

Dr. Simone Wesselmann

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Dr. Christoph Kowalski

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Dr. Katrin Mugele

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Dr. rer. medic. Julia Ferencz

OnkoZert GmbH

**Herausgeber:**

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8 | 14057 Berlin  
Tel.: 030 322 9329-0 | Fax: 030 322 9329-22  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

**V.i.S.d.P.:**

Dr. Johannes Bruns

**In Zusammenarbeit mit:**

OnkoZert, Neu-Ulm  
[www.onkozert.de](http://www.onkozert.de)

**Druck:**

November 2017

Der Jahresbericht ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt.  
Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art),  
auch von Teilen oder von Abbildungen, bedürfen der Genehmigung  
des Herausgebers.

**Anregungen zum Bericht an:**

[mugele@krebsgesellschaft.de](mailto:mugele@krebsgesellschaft.de)